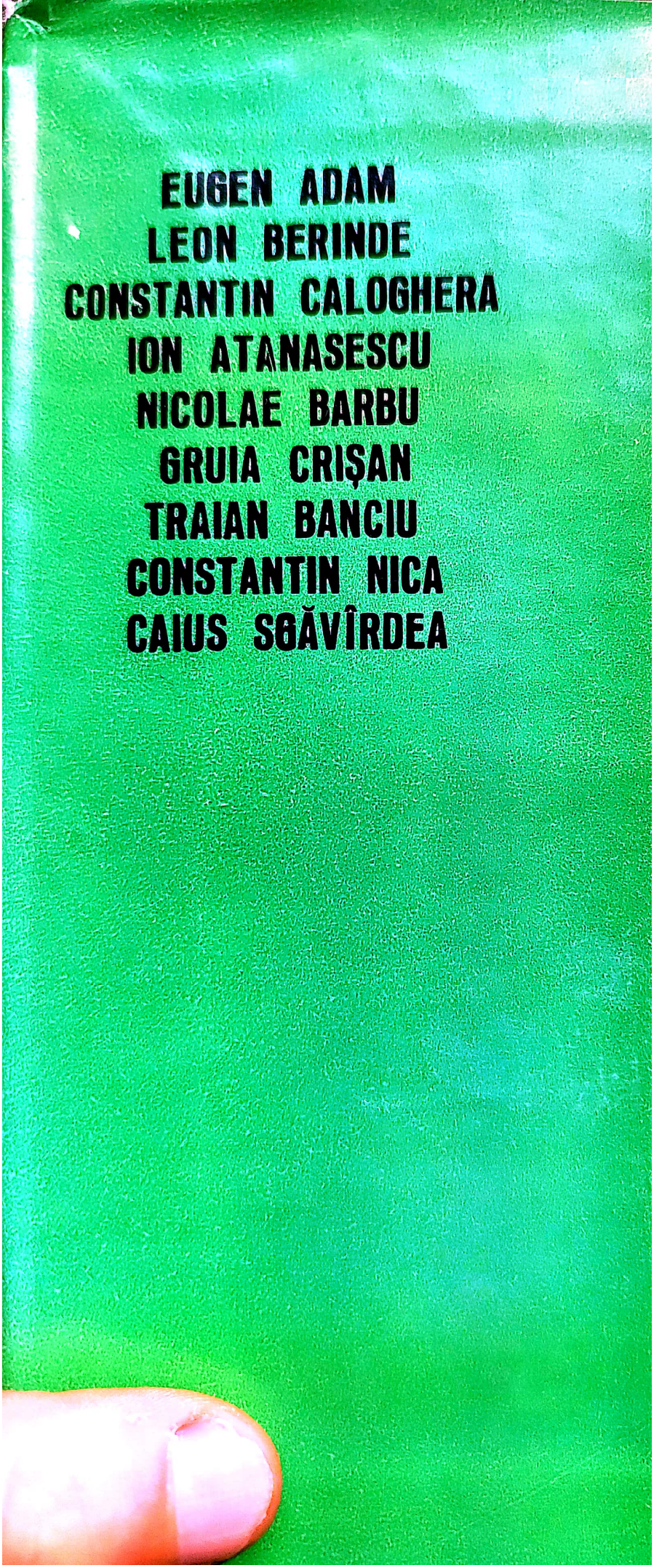
# GHID TERAPEUTIC

## în bolile digestive

EDITURA FACLA




Scanned with OKEN Scanner

# GHID TERAPEUTIC IN BOLILE DIGESTIVE

EDITURA FACLA – 1978

Scanned with OKEN Scanner

EUGEN ADAM

LEON BERINDE

CONSTANTIN CALOGHERA

ION ATANASESCU

NICOLAE BARBU

GRUIA CRIȘAN

TRAIAN BANCIU

CONSTANTIN NICA

CAIUS SGĂVÎRDEA

Coordonator : ION ATANASESCU

Scanned with OKEN Scanner

# GHID TERAPEUTIC
## în bolile digestive

facla

Scanned with OKEN Scanner

# PREFAȚĂ

*Cartea pe care o prezentăm cititorilor se adresează, în primul rînd, medicului din teren. El este cel mai indicat să o consulte și lui am dorit să îi pregătim răspunsuri clare, gata de a fi aplicate în practica sa zilnică. Desigur și studenții și tinerii medici vor găsi aici multe din cunoștințele care li se cer în practica de spital sau în viitoarea lor carieră.*

*Cartea își propune să ilustreze două idei conducătoare. Prima ține de importanța recunoscută pe care a cîștigat-o patologia digestivă în practica medicală. Astfel, este de cel mai mare interes să se ofere medicilor din vremea noastră un prilej de a-și confrunta concepția lor despre acest subiect cu ultimele progrese realizate în terapeutică. Ghidul nostru este, prin excelență, terapeutic. A doua pornește de la convingerea că nimic nu este mai folositor practicii medicale într-un anumit domeniu decît un bagaj de cunoștințe elementare care să fie solid însușite și inteligent utilizate. Or, materialul prezentat în această carte a fost redactat cu această intenție.*

*Ar fi fost cu neputință să cuprindem într-o carte, fără a o face plicticoasă, toate amănuntele privitoare la bolile digestive. Am socotit că aceea ce merită să fie precizat într-un volum* ușor de mînuit *este mai degrabă atitudinea terapeutică și posibilitățile pe care ni le oferă medicina actuală. De aceea, am fi foarte mulțumiți dacă medicul în dilemă va găsi rapid ajutorul necesar cercetînd o pagină sau alta din ghidul aflat permanent pe masa sa de lucru. Am*



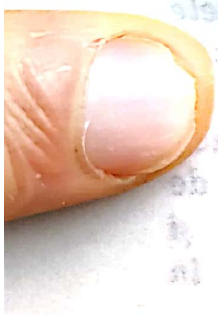
Scanned with OKEN Scanner

*ordonat materialul după organe și după alfabet tocmai pentru a-i face căutările mai eficace.*

*O întreagă literatură recentă a fost consultată pentru a întocmi răspunsurile cele mai corecte și mai actuale. Dar, cartea de față oglindește și opțiunile autorilor în unele domenii, ea prezintă o soluție sau alta în raport cu preferințele celor ce au întocmit materialele. În multe atitudini și soluții terapeutice se prezintă, deci, experiența unor cadre didactice ale Institutului de medicină din Timișoara în materie de boli digestive.*

*În sfîrșit, ne face plăcere să consemnăm aici aportul esențial al editurii „Facla" la apariția acestui volum.*

*Autorii.*



Scanned with OKEN Scanner

# ESOFAG

**ACHALAZIA ESOFAGULUI** (cardiospasm). Este o boală caracterizată prin tulburarea motilității esofagiene, adică lipsa peristaltismului peretelui esofagian și neputința sfincterului esofagian inferior de a se relaxa în momentul deglutiției. Bolnavul prezintă disfagie cu stagnarea alimentelor și regurgitări, iar pe plan morfologic esofagul se dilată, devine sinuos (megadolicoesofag) și porțiunea sa terminală, cardia, rămîne strîmtată spastic și fibros (fig. 1).

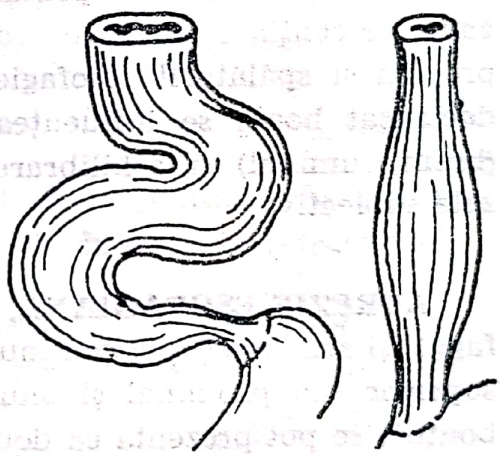


Fig. 1.

**Tratamentul** este de două feluri :

**A. Dilatația bruscă a cardiei cu dilatator mecanic** (tip umbrelă), cu balon insuflabil cu aer sau cu balon injectabil cu apă. Metoda este nesîngerîndă, se pot obține vindecări definitive ; fiind o metodă oarbă, s-au semnalat rupturi de esofag. Este indicată în formele mai puțin avansate și este contraindicată la copii și în cazuri evoluate cu esofag foarte dilatat, sinuos și cu o cardie în contracție puternică.

**B. Intervenție chirurgicală,** metoda de elecție fiind cardiomiotomia extramucoasă (operația lui Heller). Alte operații, de excizie a cardiei, de bypass (gastroesofagostomie) sau de denervare sînt aproape complet abandonate.

La bolnavii la care cele de mai sus nu se pot face sau sînt refuzate putem obține o existență tolerabilă prin **măsuri medicale**



Scanned with OKEN Scanner

**generale.** Astfel, în cazurile incipiente se recomandă bolnavului un regim alimentar mixt, din care să lipsească prăjeala, condimentele, hidrocarbonatele concentrate (gem, dulceață etc.) sau alimentele cu resturi celulozice grosolane. Se vor evita medicamentele iritante (salicilați, butazolidină etc.). Bolnavii vor fi instruiți să mănînce fără să se grăbească, să mestece bine, să nu vorbească în timpul mîncării, să se alimenteze seara devreme, să uzeze de anumite manevre ce favorizează trecerea prin esofag a alimentelor (hiperextensia capului și a toracelui, manevra Valsalva etc.). În caz de presiune prea mare în esofag este bine ca bolnavul să execute înghițituri succesive și rapide de lichid. Ca medicație se indică înaintea meselor cu 15—20 minute înghițirea a una-două linguri din soluția de procaină 2% sau nitrit de amil, nitroglicerină o tabletă ori soluție alcoolică 1% una-trei picături, sublingual (cu efect trecător), sirop de Primperan o linguriță, papaverină pe diferite căi de administrare. Mai puțin indicate sînt anticolinergicele (tinctura de beladonă, atropina, bantina), ele pot agrava disfagia și pot crește retenția esofagiană. Contra fermentației și a esofagitei sînt indicate prafurile-pansamente (topice) și neutralizante ce conțin carbonat de calciu, magnezie usta, bismut carbonic, precum și spălăturile esofagiene cu soluție Bourget. Fondul ce a declanșat boala se influențează prin psihoterapie, neurosedative (brom, luminal) și echilibrare endocrină, care vor tempera acuzele subiective.

**ATREZIE ESOFAGIANĂ.** Este o boală congenitală în care esofagul își are întreruptă continuitatea, creindu-se două bonturi : unul superior sau proximal și unul inferior sau distal (fig. 2). Aceste bonturi se pot prezenta ca două funduri de sac perfect închise sau se pot deschide în trahee sub formă de fistulă esotraheală. Se pot fistuliza bontul superior, bontul inferior sau ambele bonturi esofagiene. Cea mai gravă este fistulizarea bontului inferior în trahee, pentru că secreția gastrică acidă regurgitează în arborele bronșic și provoacă complicații pulmonare, deseori mortale. La examenul radiologic, prezența de aer în stomac denotă existența acestui tip de fistulă. Primul gest terapeutic în asemenea caz este execuția unei gastrostomii pentru a drena secreția gastrică și, în același timp, pentru a asigura o alimentație enterală.

**Singurul tratament posibil** al atreziei propriu-zise este **rezolvarea chirurgicală.** Se execută prin toracotomie și abordare extrapleurală.

Scanned with OKEN Scanner

Intervenţia se poate realiza într-un timp sau în doi timpi, în funcţie de starea generală şi locală a nou-născutului. Dacă bonturile de atrezie sînt de proastă calitate şi prea îndepărtate pentru a putea fi aduse cap la cap şi suturate, atunci se execută o esofagoplastie prin interpoziţie de colon transvers între esofagul cervical şi stomac.

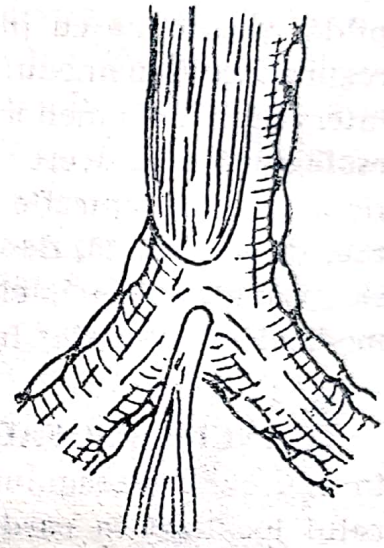


Fig. 2.

Toate intervenţiile pentru atrezie esofagiană sînt legate de mari riscuri, fiindcă ele se fac, de obicei, la nou-născuţi prematuri, slab dezvoltaţi şi adesea cu alte anomalii asociate. Totuşi, indicaţia operatorie trebuie să fie liberală şi nici unui copil nu trebuie să i se refuze încercarea de a fi tratat, doar dacă este excepţional de subdezvoltat. Complicaţia postoperatorie majoră poate apare prin desfacerea suturilor. În abordul extrapleural, fistula rezultată se vindecă mai uşor, dar va fi urmată de o strictură esofagiană la acel nivel sau chiar de o recidivă a fistulei esotraheale, ceea ce impune reintervenţia.

**BRACHIESOFAG** (esofag scurt). Poate fi congenital, prin oprirea dezvoltării în lungime a esofagului sau dobîndit, prin retracţia cicatriceală postinflamatorie a esofagului. În ambele cazuri, o parte din stomac este tracţionată în cavitatea toracică, se produce o hernie hiatală prin alunecare, iar bolnavul suferă de esofagită prin regurgitare de suc gastric (fig. 3).

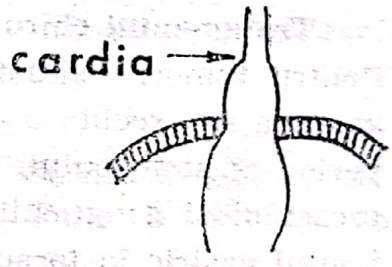



Fig. 3.

În forma congenitală se încearcă efectul posturei în prevenirea regurgitaţiei. Copilul se menţine în poziţie ridicată în timp ce e hrănit şi două ore după aceea. Se combate anemia, se dau extracte hepatice. Dacă s-a dezvoltat esofagita, se tratează cu alcaline, bismut etc. Dilataţia e periculoasă la copil. Dacă **măsurile medicale** nu reuşesc, se indică **tratamentul chirurgical.** Intervenţia operatorie constă în abdominalizarea stomacului, fie ridicînd orificiul hiatal şi apoi fixîndu-l la cardie şi îngustîndu-l (Ph. Torek), fie incizînd diafragmul de la hiatus pînă la punctul

Scanned with OKEN Scanner

cel mai ridicat al bolții diafragmatice, mobilizînd complexul esogastric pînă la acel punct ridicat și construind un nou hiatus esofagian în jurul cardiei (Effler și Collins).

La brachiesofagul cîștigat se pot încerca, într-o primă etapă, **operații care reduc hipersecreția și hiperaciditatea gastrică** (de pildă, vagotomie cu piloroplastie), combătînd astfel esofagita prin regurgitare (fenomenul care-l incomodează pe bolnav). Dacă această intervenție nu ameliorează suferința, se va proceda la **extirparea esofagului** și refacerea continuității, fie prin anastomoză esogastrică, fie prin esofagoplastie cu interpoziție de tub gastric (Dan Gavriliu) sau, de preferință, de colon. Operația e indicată atunci cînd există stenoză cicatricială, cînd există dureri netratabile prin mijloace medicale și cînd sînt hemoragii repetate, severe.

**CANCER ESOFAGIAN.** Este o tumoră malignă ce ia naștere în mucoasa esofagului, un carcinom scuamocelular (cu excepția celui localizat la cardie, care poate fi și adenocarcinom). Macroscopic, se poate dezvolta în lumenul esofagului sub forma ulcero-vegetantă sau poate să apară ca o simplă ulcerație infiltrantă a peretelui. Clinic, se manifestă prin disfagie progresivă și slăbire în greutate și forță, consecință a inaniției. Diagnosticul se precizează prin examen radiologic și, mai ales, esofagoscopic cu biopsie.

**Tratamentul prin radioterapie** folosește raze X sau cobalt 60. Deși, teoretic, tumorile scuamocelulare sînt sensibile la raze X, puține vindecări definitive s-au obținut în acest fel.

**Tratamentul chirurgical radical** depinde de localizarea tumorii. Pentru tumorile situate în esofagul inferior și la joncțiunea esogastrică se execută o rezecție a esofagului inferior și a polului superior al stomacului, împreună cu splina și eventual coada pancreasului și ganglionii teritoriali. Se reface continuitatea aducînd bontul gastric în torace, unde se execută o anastomoză esogastrică termino-terminală sau termino-laterală. Întrucît împreună cu segmentul tumoral s-a extirpat și o parte din nervii pneumogastrici, se asociază fie o piloroplastie, fie o dilatație digitală a pilorului pentru a se ușura evacuarea bontului gastric. Pentru localizări tumorale pe esofagul toracic superior și cervical inferior se extirpă esofagul în întregime și se execută o esofagoplastie, de preferință cu un segment de colon, care se interpune între faringe și stomac. Rezultatele acestei chirurgii de exereză sînt încă slabe. Pe statistici mari, vindecări definitive de peste cinci ani se cifrează la 15—20%.

Scanned with OKEN Scanner

**Tratamentul paleativ** se aplică în formele inoperabile. Gastrostomia şi jejunostomia pentru alimentaţie nu sînt recomandate, ci se preferă radioterapia şi bujirajul care fac posibilă deglutiţia salivei şi a lichidelor. Metoda paleativă cea mai agreată azi este realizată cu ajutorul tubului lui Celestin. Acesta este un tub de plastic semirigid, în formă de pîlnie, cu care se forţează stenoza tumorală şi care apoi se imobilizează definitiv pe loc. El este menţinut în această poziţie pînă la decesul bolnavului, în acest timp asigurîndu-se o alimentaţie convenabilă cu lichide şi semilichide.

**CARDIOMIOTOMIE.** Cunoscută drept operaţia lui Heller, este azi metoda de elecţie unanim acceptată în tratamentul cardiospasmului. Constă în o incizie verticală pe faţa anterioară a cardiei, care să secţioneze toate straturile seromusculare pînă la mucoasa ce trebuie să rămînă intactă şi să hernieze între buzele inciziei (fig. 4). Incizia trebuie prelungită în sus pe esofag cu cel puţin 5—10 cm, iar pe versantul gastric să coboare cu 3—4 cm. Calea de abord poate fi abdominală sau toracică, fiecare avînd avantajele şi dezavantajele sale. Singurul punct delicat al intervenţiei este păstrarea integrităţii mucoasei ; în caz contrar, operaţia se soldează cu un empiem pleural sau o peritonită, în funcţie de nivelul performanţei. Deschiderea accidentală a mucoasei se tratează prin închidere cu puncte separate de mătase.

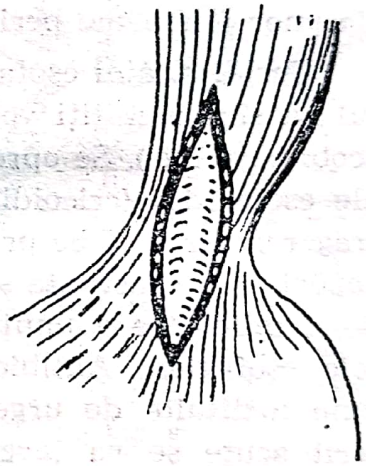


Fig. 4.

**CARDIOPLASTIE.** Este o operaţie care vizează lărgirea pasajului stenozat al cardiei. Cea mai simplă dintre variantele de cardioplastie se execută printr-o incizie verticală a peretelui anterior al cardiei, secţionînd toate straturile inclusiv mucoasa, după care urmează resuturarea buzelor inciziei în sens orizontal (Heyrowsky) (fig. 5).

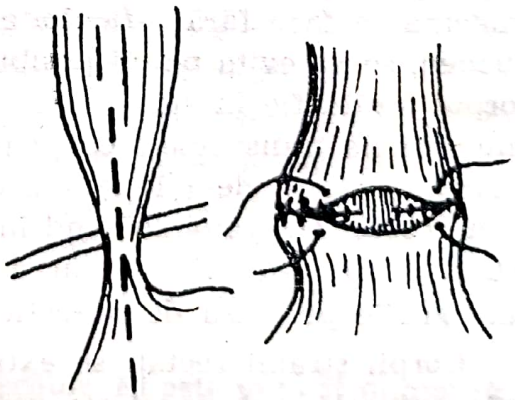


Fig. 5.

Cardioplastia, precum şi scurtcircuitarea cardiei prin esofagogastrostomie între fundul

stomacului și esofagul inferior (Grondahl) au dezavantajul că sînt urmate de esofagită cu stenoză cicatricală și recidiva disfagiei. De aceea, ele sînt astăzi abandonate în favoarea cardiomiotomiei extramucoase Heller. Își mai păstrează valabilitatea numai atunci cînd această din urmă operație nu se poate executa corect, din cauze inflamatorii locale.

**CORP STRĂIN** (în esofag, stomac, intestin, rect). Orice corp străin ajuns în tubul digestiv prin ingerare, introducere involuntară sau accidentală poate da accidente fie la locul unde s-a fixat, fie în cursul migrării sale. Migrarea corpilor străini trebuie urmărită radiologic la fiecare 24 ore. Imobilizarea corpului străin controlată de-a lungul a două examene radiografice precum și apariția unor fenomene peritoneale impun laparotomia.

Corpii străini esofagieni se întîlnesc frecvent la copii prin faptul că sînt înghițiți voluntar sau involuntar (monede, agrafe, ace, scobitoare etc.). Se opresc de obicei la nivelul strîmtorilor naturale ale esofagului (cricoidiană, suprabronhoaortică sau la cardie). Extragerea lor se face prin esofagoscopie în serviciile O.R.L. În rare cazuri, o mediastinită sau o pleurezie purulentă pot fi primul semn de manifestare a unui corp străin înghițit, care a perforat peretele esofagian. Antibioterapia și drenajul cavității pleurale trebuie instituite de urgență. După stingerea fenomenelor inflamatorii acute se va încerca extragerea corpului străin prin esofagoscopie.

Corpii străini gastrici și intestinali se extrag chirurgical dacă rămîn fixați într-o anumită zonă sau dacă determină fenomene de iritație peritoneală. Laparotomia mediană supraombilicală pentru stomac și laparotomia mediană supra și subombilicală pentru intestin sînt căile de acces. După explorare prin palpare se practică o gastrotomie pe fața anterioară a stomacului (5—6 cm) prin care extragerea se face fără dificultate. Dacă obiectul înghițit se află în duoden, se va evita pe cît posibil duodenotomia împingînd manual corpul străin fie în stomac, fie în intestin. La nivelul intestinului enterotomia transversală este suficientă. În cazul mai multor corpi înghițiți, etajați de-a lungul tractului intestinal, ei vor fi extrași prin aceeași enterotomie fiind împinși manual pînă la incizie. Pentru deplina siguranță că nu a fost uitat vreunul, se va face o radiografie pe masa de operație înainte de a închide abdomenul.

Corpii străini rectali se extrag ori de cîte ori este posibil pe cale naturală, sub anestezie generală. Se procedează la dilatarea

Scanned with OKEN Scanner

sfincterului anal, după care se încearcă extragerea corpului străin cu ajutorul unei pense cu vîrf bont, avînd deosebită grijă de a nu leza pereţii rectali. Dacă corpul străin este inaccesibil prin lumenul rectal, trebuie să recurgem la laparotomie, care ne va permite fie să-l împingem pînă în dreptul anusului, de unde îl vom extrage, fie să îl extirpăm direct prin rectotomie (vezi „rectotomie"). La această ultimă alternativă se va recurge numai în mod excepţional.

**DISPHAGIA LUSORIA.** Este o malformaţie congenitală care produce disfagie prin anomalii vasculare ce comprimă esofagul (izolat sau împreună cu traheea). Vasele anormale sînt fie o a. subclavie dreaptă aberantă, care naşte direct pe crosa aortei şi încrucişează faţa posterioară a esofagului, fie o dedublare a arcului aortic, partea cea mai importantă trecînd pe dinapoia esofagului (fig. 6). Un tratament chirurgical este justificat de intensitatea disfagiei şi a tulburărilor respiratorii. Se execută corectarea anomaliei vasculare (rezecţie, reimplantare etc.).

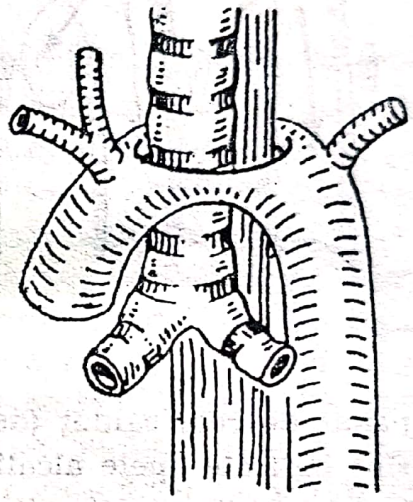


Fig. 6.

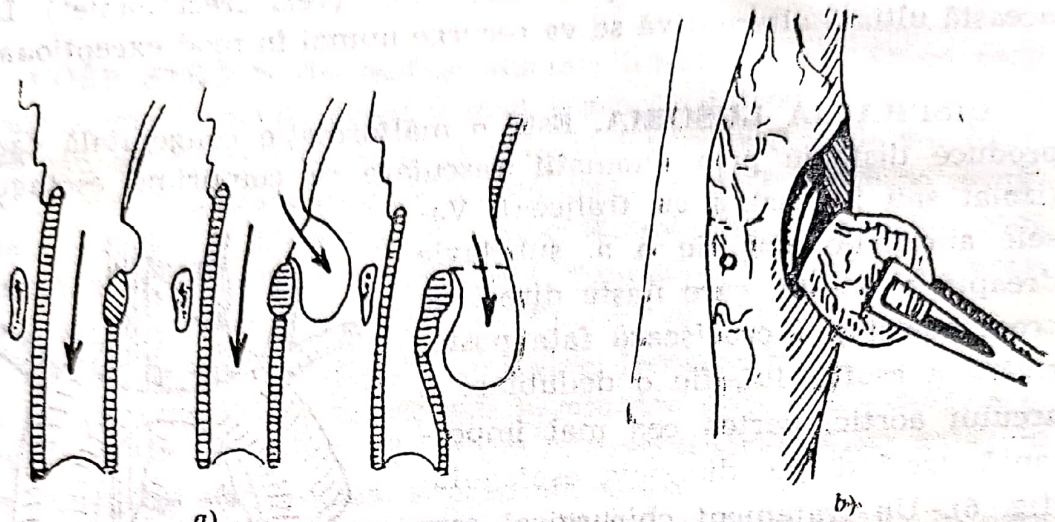
**DIVERTICULI ESOFAGIENI.** Sînt, în general, formaţiuni cîştigate, nu congenitale şi au trei localizări clasice : 1) la nivelul gîtului : diverticul faringoesofagian ; 2) la mijlocul esofagului : diverticul parabronşic ; 3) deasupra diafragmului : diverticul epifrenic. Diverticulul parabronşic este un diverticul de tracţiune produs prin procesul de sclerozare şi retracţie cicatricială a unor ganglioni inflamaţi, care au făcut aderenţă cu esofagul. Fiind mic şi tras în sus, diverticulul nu produce retenţie de alimente şi nici tulburări de deglutiţie care să necesite o intervenţie chirurgicală.

Diverticulii faringoesofagieni şi cei epifrenici sînt diverticuli de pulsiune, de împingere a mucoasei esofagiene, care herniază printre fibrele musculare ale esofagului. Fiind declivi, alimentele stagnează în diverticul şi produc compresiuni cu disfagie şi regurgitări fetide, semne ce se accentuează pe măsură ce creşte volumul diverticulului (fig. 7 a).

**Tratamentul medical** nu e satisfăcător. El este indicat numai în diverticulii mici şi necomplicaţi. Bolnavului i se recomandă a

Scanned with OKEN Scanner

mînca fără să se grăbească, mese reduse cantitativ, dar mai frecvente. Alimentele vor fi bine mestecate, predominant date sub formă de paste, piureuri și neiritante (nu acre, nu condimentate). Bolnavul va adopta poziția în care cavitatea diverticulului se evacuează, efect ce se favorizează și prin luarea, după mîncare, a unui



a) b)

Fig. 7.

pahar de ceai călduț (de mentă) sau de apă alcalină. Între mese sînt indicate apele alcaline sau prafurile-pansament alcaline pentru a proteja și neutraliza eventualul reflux gastroesofagian și astfel a preveni supraadăugarea inflamației mucoasei diverticulare (diverticulita). În caz de diverticulită se dă atenție deosebită medicației pansament-neutralizante (vezi „ulcer gastroduodenal"). În diverticulii mari și în cei complicați (compresiune, inflamații etc.) este indicat **tratamentul chirurgical.** Se face diverticulectomie. Ea constă în extirparea buzunarului mucos herniat, sutura mucoasei și apoi a musculaturii prin care a herniat. Dacă excizia pungii și sutura defectului au fost făcute corect, atunci nu apar fistule (fig. 7 b).

**ESOFAGITE.** Sînt procese inflamatorii ale mucoasei esofagului, acute sau cronice. Cele acute au, în general, o cauză cunoscută: infecțioasă, toxică, corozivă (sodă caustică, acid sulfuric etc.) și mai rar alergică sau supurativă. Cele cronice sînt provocate cel mai des de alimentație neigienică (masticație incompletă, abuz de condimente, exces de alcool), de refluxul gastroesofagian, de hernia hiatală, de malpoziții cardiotuberozitare (esofagitele secundare) și mai

rar sînt de natură specifică : micoze, tuberculoză, sifilis, manifestări în cadrul colagenozei (de tip sclerodermie, mai ales) sau a sindromului Kelly-Paterson (Plummer-Vinson).

Are mare importanţă **tratamentul profilactic.** El constă în evitarea consumului de alimente prea reci sau fierbinţi, insuficient masticate, mult condimentate, în evitarea abuzului de alcool şi în vigilenţa la substanţe caustice (acizi, baze). Se vor trata precoce şi corect tulburările funcţionale (refluxul gastroesofagian) şi organice ale esofagului (hernia hiatală, malpoziţia cardiotuberozitară, cardiospasmul, diverticulii esofagieni etc., vezi tratamentul bolilor respective).

**Tratamentul curativ** în esofagitele acute începe cu suprimarea alimentaţiei pe cale orală, urmată de instituirea unei alimentări semilichide, fracţionate şi apoi a unei realimentări progresive. În esofagitele cronice se exclud alimentele acide, condimentate, cafeaua, alcoolul, medicamentele iritante (salicilaţii). În esofagita corozivă se face un tratament imediat energic sub formă de spălături masive cu apă şi cu un mic adaos de neutralizant : în cele după acizi adăugăm soluţii alcaline, magnezie usta (15—20 g la 1/2 l apă), lapte, apă albuminoasă (patru albuşuri de ou la 1/2 l apă) ; în cele după baze, spălături cu oţet diluat (100 g la un litru apă), cu suc de lămîie (o lămîie la un pahar de apă) etc., dacă ne găsim în primele 4—6 ore şi nu există vărsături hemoragice. După aceasta se pune o sondă nasogastrică din polietilen ce se lasă pe loc 6—12 zile, pentru alimentarea bolnavului. În acelaşi timp se instituie antibioterapie cu spectru larg şi corticoterapie masivă pe timp de 30—40 zile pentru a preveni formarea unei stenoze prea extinsă şi strînsă. Bolnavul este îndrumat din timp serviciului de specialitate pentru bujiraje (O.R.L.), sau în caz de eşec a acestora (stenoză nedilatabilă) serviciului de chirurgie pentru rezolvare operatorie. Acestor bolnavi li se mai administrează antispastice (papaverină), analgetice cu acţiune locală (novocaină-xilină soluţie 1—2%, cu linguriţa ; analgezină pe cale orală), sedative şi vor fi echilibraţi hidroelectrolitic. Esofagitele care survin în cursul bolilor infecţioase, a manifestărilor alergice sau după antibioterapie prelungită (micotice) se tratează corespunzător bolii primare (antibiotice, antialergice, antimicotice).

În formele cronice, pe lîngă **regimul alimentar** mai sus citat şi **rezolvarea eventualelor boli asociate** (reflux gastroesofagian, hernie hiatală etc.) indicăm bolnavilor **tratament medicamentos :** pan-

Scanned with OKEN Scanner

samente alcaline (antiacide), de luat înaintea meselor și seara înainte de culcare, cu puțină apă și urmate de clinopoziție (poziție culcată), pentru a proteja mucoasa de eventualul reflux acid gastric postalimentație. Este indicată și o cură de vitamina A intermitentă pentru a menține troficitatea mucoasei. Anticolinergicele nu se indică, pentru că favorizează refluxul gastroesofagian. Dacă bolnavii acuză spasm esofagian sau jenă la deglutiție și dureri, se apelează la anestezice topice (soluție procainã 1—2%, xilină 2% 30 ml), luate per os înaintea meselor și seara la culcare. În esofagitele unde etiologia este bine precizată se face **tratamentul bolii de bază.** În esofagita sideropenică (sindromul Kelly-Paterson, Plummer-Vinson) se administrează fier pe cale bucală (fier redus 3×1 g, protoxalat de fier 0,50×3, fier sulfuric, tonofer, Glubifer (Glutamat feros) trei-șase drajeuri etc.) sau parenteral fier polimaltozat (Ferrum Hausmann) în injecții i.m., asociat cu complexul vitaminic B (B complex, $B_2$, $B_6$, PP). În esofagita din cursul sifilisului, tuberculozei, colagenozelor (sclerodermie) se face tratamentul bolii primare. Micoza esofagiană se influențează prin medicația antiparazitară-antifungică : Nistatin (Stamicin, Micostatin), Griseofulvin (Likuden M) comprimate șase-opt pe zi, asociate în candidoză cu alcalinizarea bucoesofagiană. Esofagita prin reflux alcalin (biliopancreatic) este, de obicei, consecutivă unei rezecții gastrice sau oricărei alte operații, care suprimă funcția pilorului și favorizează prezența bilei și a sucului pancreatic în stomac. Se rezolvă **chirurgical** printr-o reintervenție în care bontul gastric să fie anastomozat cu prima ansă jejunală montată în Y (Roux). Prin acest tip de anastomoză conținutul biliopancreatic se varsă direct în intestin fără să traverseze stomacul și posibilitatea unui reflux alcalin este înlăturată. Esofagita prin reflux acid (gastric) este furnizată de prezența unei hernii hiatale prin alunecare. Rezolvarea chirurgicală corectă a herniei hiatale suprimă refluxul și, cu aceasta, esofagita.

**ESOFAGOGASTRECTOMIE.** Este o intervenție de exereză cu pretenție de radicalitate oncologică, ce se adresează tumorilor gastrice sau esofagiene cu extindere în organul învecinat (stomac sau, respectiv, esofag). În funcție de extinderea exerezei se poate vorbi de două variante : 1) Esofagogastrectomia care îmbină exereza treimii inferioare a esofagului cu rezecția polară superioară și care reface continuitatea prin esofagogastrostomie. 2) Esofagogastrostomia

Scanned with OKEN Scanner

care îmbină exereza inferioară a esofagului cu gastrectomia totală. În acest caz, refacerea continuității se realizează prin interpoziție de ansă jejunală sau colică între bontul esofagian și cel duodenal.

**ESOFAGOMIOTOMIE.** Este o variantă a cardiomiotomiei Heller, în sensul că abordul este transtoracic, iar incizia seromusculară este foarte lungă pe esofag și, în schimb, foarte redusă pe versantul gastric.

**ESOFAGOPLASTIE.** Este operația care cuprinde o serie de procedee de înlocuire a esofagului toracic cu un segment din tubul digestiv, transpus în așa fel încît să facă legătură între esofagul cervical sau faringe sus, iar jos să se deschidă în stomac, duoden sau jejunul superior. Segmentul de tub digestiv transpus poate fi stomacul sau un tub confecționat din peretele gastric, poate fi un segment din intestinul subțire sau poate fi un segment de colon, preferat azi (fig. 8). Traiectul segmentului transpus se confecționează nu în mediastinul posterior, ci în mediastinul anterior sau chiar presternal, sub tegumente.

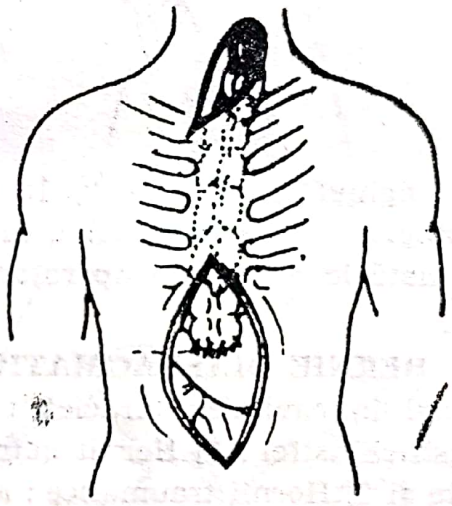


Fig. 8.

Indicațiile majore pentru esofagoplastie sînt două : 1) Stenoza postcaustică a esofagului, cînd esofagul stenozat nu se extirpă, ci rămîne pe loc și segmentul transpus formează o punte, un bypass, între porțiunea supra și substenotică. 2) Cancerul esofagului din treimea medie sau treimea superioară, cînd este necesară extirparea esofagului în totalitate și înlocuirea lui cu segmentul de tub digestiv transpus.

Oricare ar fi varianta aplicată ea trebuie să îndeplinească, pe lîngă o execuție impecabilă, două condiții importante : 1) Segmentul transpus să fie calculat suficient de lung pentru a nu tracționa pe suturi și a nu produce desuniri. 2) Mezoul care acompaniază segmentul transpus să fie astfel preparat încît să permită o bună mobilitate și transpoziție a segmentului, dar, în același timp, să-i asigure un aport sanguin optim pentru a nu-i periclita viabilitatea (altfel se produce gangrena ischemică a ansei).



Scanned with OKEN Scanner

**FUNDOPLICATURĂ.** Este operaţia propusă de Nissen (1955) pentru a corecta refluxul gastroesofagian. Constă în înfăşurarea esofagului inferior cu marea tuberozitate gastrică, pentru a reconsti-

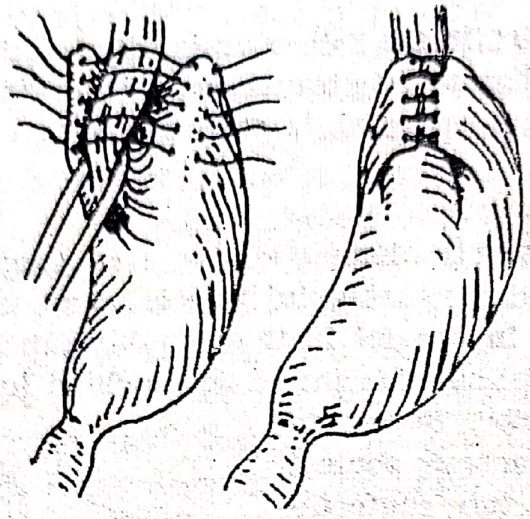


Fig. 9.

tui unghiul lui His (fig. 9). În acest fel se suprimă refluxul gastroesofagian. Se execută izolat, ca în malpoziţia cardiotuberozitară sau asociată la alţi timpi operatori, ca în cura herniei hiatale.

**HERNIE DIAFRAGMATICĂ.** Este alunecarea de organ abdominal în cavitatea toracică printr-un defect al diafragmului. Se clasifică astfel : 1) Hernii netraumatice : a) congenitale şi b) cîştigate şi 2) Hernii traumatice : a) indirecte, prin contuzie sau o forţă care măreşte brusc presiunea intraabdominală şi b) directe, prin plăgi toracoabdominale, care interesează şi diafragmul. Unele hernii congenitale şi toate herniile traumatice sînt lipsite de sac herniar (hernii false). Herniile netraumatice se produc prin anumite defecte ale diafragmului ca urmare a dezvoltării sale incomplete. Se cunosc, astfel : 1) Hernii anterioare, retro- sau parasternale, prin spaţiul lui Larrey sau orificiul lui Morgangni stîng şi drept sau bilateral. 2) Hernii posterioare, în regiunea lombară, prin orificiul lui Bochdalek ; sînt totdeauna congenitale şi se manifestă de la naştere. 3) Hernia hiatusului esofagian sau hernia hiatală ; este, de departe, forma cea mai frecventă şi va fi tratată într-un capitol separat. 4) Alte hernii, excepţionale ca localizare : costale, prin hiatusul nervului simpatic, prin hiatusul aortei etc.

Toate aceste hernii netraumatice sau traumatice, congenitale sau cîştigate se tratează **chirurgical.** Operaţia constă în reducerea

organelor abdominale în cavitatea lor, extirparea sacului herniar, cînd el există şi închiderea prin sutură sau plastie a defectului diafragmatic. Herniile traumatice şi cele ale orificiului Bochdalek au o indicaţie de urgenţă. Celelalte pot fi supuse unui tratament medical de încercare, în funcţie de mărime şi pericol de incarcerare. Calea de acces este abdominală sau toracică în funcţie de localizare, mecanism de producere, leziuni asociate sau preferinţa chirurgului.

**HERNIE HIATALĂ ESOFAGIANĂ A DIAFRAGMULUI.** Este hernierea în cavitatea toracică a unei porţiuni de organ abdominal (de obicei stomacul) prin hiatusul esofagian. Acest orificiu de trecere a esofagului prin diafragm este mărginit, după unii, de cei doi stîlpi posteriori interni ai diafragmului ; după alţii, el este înconjurat de două fascicule aparţinînd numai stîlpului intern drept.

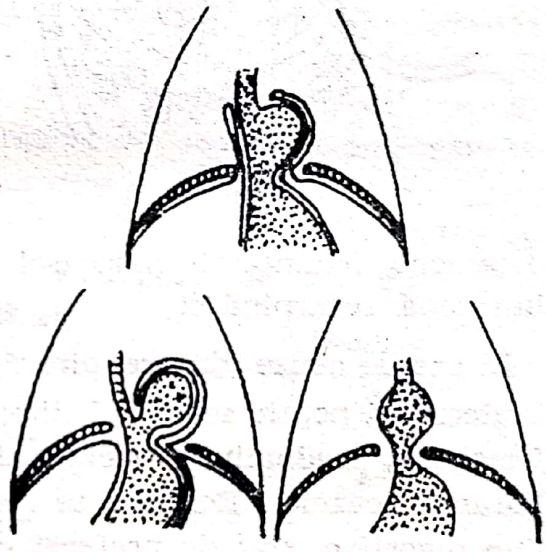


Fig. 10.

Clasic se descriu trei tipuri de hernie hiatală (după Akerlund) (fig. 10) ; I. Brachiesofagul, esofagul scurt (congenital sau cîştigat), care trage în torace complexul esocardial (2%). II. Hernia hiatală prin rostogolire paraesofagiană (8%), cînd complexul esocardial rămîne în situaţia sa anatomică normală (subdiafragmatică), iar efracţia herniară între cele două fascicule se produce imediat lîngă hiatusul propriu-zis. III. Hernia hiatală prin alunecare (90%), cînd laxitatea ligamentară, lărgimea anormală a hiatusului şi presiunea abdominală crescută împing treptat complexul esocardiotuberozitar în cavitatea toracică printr-un mecanism de alunecare şi de du-te-vino (fig. 11).

**Tratamentul iniţial** este cel **medical** şi are ca scop suprimarea refluxului gastroesofagian şi a consecinţelor sale şi prevenirea complicaţiilor. În acest sens, se vor înlătura condiţiile care favorizează creşterea presiunii intraabdominale. Bolnavii nu vor purta corsete, centuri, lombostate. Se vor trata de bolile care se însoţesc de vărsături, ca suferinţele biliare, bronşita tabagică, aerofagia, tumorile

abdominale, se va combate constipaţia, se vor evita eforturile ce necesită poziţie aplecată (anteflexia), noaptea vor dormi în poziţie semişezîndă (cu două-trei perne la spate), de preferat pe partea dreaptă. La trezire, dacă au acuze, se recomandă a lua un praf alcalin sau un pahar de lapte cald. Se prescrie gimnastică abdominală.

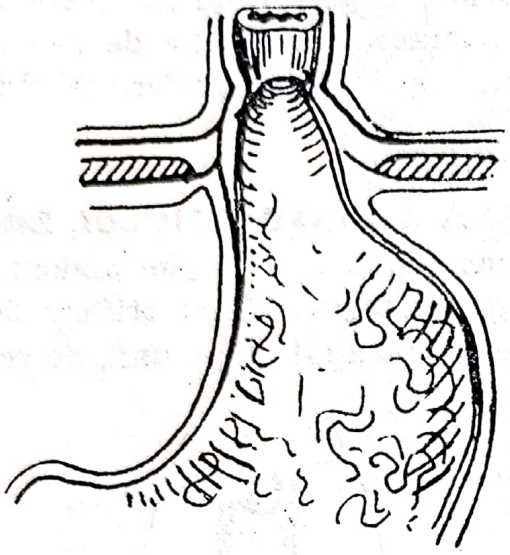


Fig. 11.

Dacă bolnavul este obez, **regimul alimentar** va fi hipocaloric, cu scopul ca el să revină la greutatea ideală, fapt esenţial. În rest, vom recomanda o alimentaţie de cruţare, fracţionată în porţiuni mici, pentru a evita distensia stomacului. Se va interzice bolnavilor să bea în timpul meselor, să folosească ape carbogazoase, alcool, condimente, cafea, dulciuri concentrate şi medicamente iritante ale mucoasei gastrice : aspirină, corticoizi, fenilbutazonă, rezerpină etc.

În caz de acuze (durere, pirozâ) ce denotă prezenţa esofagitei sau a ulcerului peptic se indică, timp de 2—3 săptămîni, o alimentaţie frecventă, predominant lactată şi apoi dieta de ulcer, pînă la ameliorarea acuzelor. Regimul se completează cu pansamente şi alcaline digestive, sînt de preferat cele cu mare aderenţă, ca sărurile de bismut (carbonat, subnitrat), silicatul sau oxidul de magneziu, carbonatul de calciu (vezi „ulcerul duodenal"). Acestea se vor lua la sfîrşitul meselor şi seara la culcare, după care pacientul se aşează în poziţie culcată. Înaintea meselor se poate indica folosirea a una-două linguriţe de novocainâ, xilină 2%, probantin. Acestora li se adaugă antispasmodice : beladonă, atropină, scobutil, de două-trei ori pe zi. În formele severe se vor administra injecţii intravenoase, asociind şi vitamina C (1/2 mg atropină, una-două fiole vitamină C în soluţie de xilină sau novocainâ 0,5%—5 ml) sau preparate similare (oxyferri-scorbone sodique), făcîndu-se cure de 15 zile.

Ca **tratament medicamentos**, pentru menţinerea troficităţii mucoasei se indică vitamina A uleioasă la şase-opt săptămîni cîte unu-două flacoane ce se vor lua în trei-patru zile. La bolnavii anemici, ceea ce presupune existenţa hemoragiei, se instituie şi tra-

Scanned with OKEN Scanner

tamentul marţial : fier redus un g de trei ori pe zi, fier sulfuric (tonofer) două-şase drajeuri pe zi, glutamat feros (Glubifer) drajeuri a 100 mg, trei pe zi, în cure ce durează cel puţin şase săptămîni. Dacă este vorba de o hemoragie mai mare se indică şi transfuzii de sînge izogrup.

Cum bolnavii cu această afecţiune sînt de obicei vîrstnici, este prezentă şi suferinţa coronaromiocardică. Trebuie să avem în vedere acest lucru. Se previn (şi se tratează) eventualele atacuri de angină pectorală prin neurosedative (mai ales la nevrotici), coronarodilatatoare etc.

Indicaţia **tratamentului chirurgical** se pune cu mult discernămînt şi numai la cei cu „risc mic", la cei cu tulburări progresive şi importante ce nu pot fi controlate cu tratament medical ca prezenţa tulburărilor respiratorii şi cardiace (hernie mare, pericol de volvulus), a esofagitei şi ulcerului, a hemoragiilor repetate (anemii), a asocierii cu litiază biliară, ulcer gastroduodenal etc. Coexistenţa unor acuze cardiace urgentează indicaţia intervenţiei chirurgicale, care poate calma şi durerile anginoase.

Operaţia diferă după tipul herniei hiatale. În brachiesofag se execută fie transpoziţia anterioară a esofagului, fie alungirea esofagului, fie fundoplicatura intratoracică, fie rezecţii de esofag cu esofagoplastii. În herniile paraesofagiene se reduce conţinutul sacului, se extirpă sacul şi se apropie prin sutură cei doi stîlpi sau fasciculi, închizînd breşa diafragmatică.

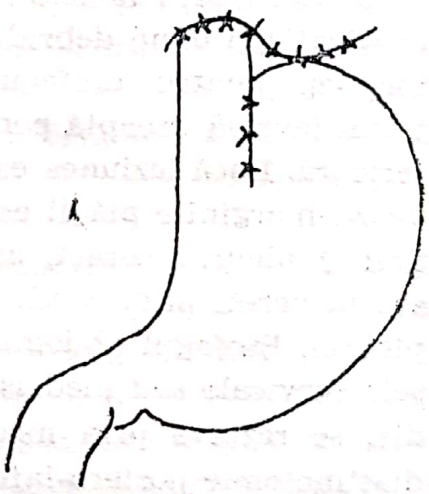


Fig. 12.

În herniile prin alunecare s-au descris foarte multe procedee, toate însă trebuie să îndeplinească următoarele condiţii : 1) Să coboare complexul esocardiotuberozitar şi să-l fixeze în poziţia sa anatomică. 2) Să închidă unghiul lui His, fixînd prin cîteva suturi tuberozitatea gastrică la esofagul abdominal. 3) Să strîmteze hiatusul dilatat prin sutura stîlpilor, în aşa măsură încît să permită trecerea numai a esofagului şi a vîrfului indexului introdus pe lîngă esofag (fig. 12).

Toate procedeele au un procent de recidive. Ele sînt : a) recidive radiologice, cu vindecări clinice ; b) recidive clinice cu vindecări radiologice şi c) recidive şi clinice şi radiologice. De aceea, în

postoperator se va insista pentru scădere ponderală la obezi, combaterea hiperacidității la cei cu esofagită de reflux, regim, șapte-opt mese la zi în cantități mici și păstrarea poziției verticale timp de două-trei ore după ingerarea alimentelor.

**PERFORAȚIA ESOFAGULUI.** Cea mai frecventă cauză este manevra instrumentală la nivelul esofagului în scop diagnostic sau terapeutic (esofagogastroscopii, cateterizări, dilatări etc.). Alte cauze, mai rare, sînt perforații prin corpi străini înghițiți, traumatisme cervicotoracice închise și deschise, efort de vărsătură, singultus prelungit și eructație. Semnele variază în funcție de segmentul interesat și, în general, se rezumă la dureri foarte puternice, stare de șoc și semne de prezența aerului în regiunea cervicală, mediastin, torace sau cavitatea peritoneală, după caz. Examenul radiologic al esofagului cu o substanță de contrast hidrosolubilă ne precizează diagnosticul.

**Tratamentul,** pentru toate cazurile, constă în antibioterapie masivă, reechilibrare hidroelectrolitică și punere în repaus a esofagului prin sondă nasogastrică sau gastrostomie. Închiderea perforației se face numai **chirurgical.** Perforația în regiunea cervicală se tratează prin incizie largă în regiunea gîtului (mediastinotomie cervicală), o bună debridare și un drenaj corect în vecinătatea perforației. Pentru esofagul toracic se pătrunde prin toracotomie transpleurală dreaptă pentru 2/3 superioare și stîngă pentru 1/3 inferioară. Dacă leziunea este recentă, de mai puțin de 12 ore, se avivează marginile plăgii esofagiene, se resuturează și se instituie un drenaj pleural corect, aspirativ. Dacă perforația este mai veche sau în perete alterat (ulcer, cancer, stenoză) se face numai drenajul pleural. Esofagul abdominal se abordează prin laparotomie. Abcesele cervicale sau mediastinale localizate, care pot apărea mai tardiv, se rezolvă prin mediastinotomie cervicală și, respectiv, mediastinotomie postero-inferioară și drenaj. Fistulele esopleurale sau esopleurocutanate se produc fie din cauza unui drenaj incorect, fie din cauza unui obstacol la nivelul esofagului subjacent perforației : cudură, compresiune, închistare de puroi, corp străin etc. Depistarea și rezolvarea corectă a acestor cauze permit închiderea spontană a fistulei.

**REFLUX GASTROESOFAGIAN.** Este tulburarea caracterizată prin regurgitarea conținutului gastric în esofagul inferior, ca rezultat al perturbării mecanismelor esocardiotuberozitare (valvulare,

Scanned with OKEN Scanner

musculare, inelul hiatal etc.) care protejează contra acestui reflux. Perturbarea poate apare : a) fie din cauza unor modificări morfologice majore : brachiesofag congenital, hernie hiatală, malpoziţii cardiotuberozitare (dispariţia unghiului His, malformaţii ale aparatului de suspensie etc.) sau a unor modificări minore : malpoziţii moderate cîştigate prin obezitate, graviditate, vîrstă înaintată etc. ; b) fie din cauza unui mecanism funcţional : afecţiuni biliare, diverticul, leziuni gastroduodenale, tulburări endocrine (hipotiroidie, spasmofilie frustă etc.).

**Tratamentul** se adresează bolilor favorizante congenitale sau cîştigate şi este **de regulă medical,** iar chirurgical de necesitate. În formele necomplicate, el constă în regim de cruţare gastrică (neexcitosecretor) şi de protecţie a mucoasei prin pansamente-neutralizante (vezi „gastrita", „ulcerul gastroduodenal") şi vitamine (A, E). În plus, bolnavii vor evita condiţiile care favorizează creşterea presiunii abdominale (vezi „hernia hiatală", „esofagita"). Nu se prescriu anticolinergice, deoarece favorizează refluxul prin acţiunea relaxantă asupra musculaturii cardioesofagiene. Se preferă metaclopramida (Primperan, Reglan), care creşte tonusul sfincterului esofagian, nu are efecte secundare şi nu creşte secreţia acidogastrică, căci nu influenţează gastrinemia. Se administrează în doze de 15—20 mg de două-trei ori pe zi (oral) sau parenteral. În formele rău tolerate, asociate cu esofagită şi rebele la tratamentul medical se indică **tratamentul chirurgical.** El constă în fundoplicatură Nissen, gastropexii şi cura operatorie a diferitelor cauze care stau la baza refluxului.

**STENOZĂ ESOFAGIANĂ.** Este o strîmtare parţială sau totală a esofagului (pînă la un traiect filiform sinuos) care se opune progresiv oricărei alimentaţii pe gură. Reprezintă ultimul stadiu al unei esofagite în care mucoasa distrusă de un lichid caustic sau de un corp străin este înlocuită printr-un ţesut fibroscleros ce stenozează, printr-un proces de retracţie continuă, lumenul esofagului.

**Tratamentul,** în această fază de retracţie cicatricială, va fi în primul rînd **conservator.** Se recomandă dilataţii progresive cu sonde şi bujii, la început zilnice apoi mai rare, dar care trebuie să dureze luni sau ani pentru a se obţine un calibru esofagian de 20—22 mm la adult şi de 15—18 mm la copil şi pentru a-l menţine în continuare la acest diametru.

**Tratamentul chirurgical** se impune cînd stenoza a devenit infranşisabilă, sîngerează şi nici o manevră nu este eficace. În aceste cazuri se va executa o esofagoplastie.

Scanned with OKEN Scanner

# STOMAC – DUODEN

**ACLORHIDRIE, ANACIDITATE, ACHILIE GASTRICĂ.** Aclorhidria este tulburarea funcției secretorii gastrice caracterizată prin absența sau scăderea acidului clorhidric și un *p*H peste 6 (după stimulare). Cînd se însoțește și de lipsa de enzime (pepsină) vorbim de achilie gastrică (*p*H 7,5—8,7). Poate fi aclorhidrie falsă (sau chimică) și aclorhidrie adevărată (sau celulară). Aclorhidria falsă este cauzată de neutralizarea secreției parietale libere (ioni H+) prin excesul de secreție neparietală, dar la stimularea maximală apar ioni H+ (acid clorhidric). Ea există în condiții foarte variate: persoane normale (inhibiție), gastrici, ulcer gastric, cancer gastric, stomac operat. Aclorhidria adevărată este caracterizată prin lipsa de răspuns acid la stimulul maximal (histamino-refractară) sau un răspuns insuficient pentru a scădea *p*H-ul sucului gastric sub 6. Aceasta survine în procesele inflamatorii ce distrug celulele parietale, în gastrita cronică atrofică sau prin mecanism imun (anemia Biermer).

Simptomatologia este cea a bolii cauzale (vezi „gastrita", „cancerul gastric" etc.), mult timp fără modificări ale materiilor fecale (aclorhidria compensată), ca după un timp datorită maldigestiei, lipsei de baraj antimicrobian gastric, adăugării componentei de sensibilizare-alergizare etc. să apară și un sindrom diareic: enterocolopatia paraaclorhidrică (aclorhidria decompensată). Deci, aclorhidria este un simptom care survine în numeroase boli și de aceea tratamentul este în primul rînd al bolii cauzale și apoi al aclorhidriei, tulburare secundară a funcției secretorii gastrice.

**Tratamentul** are scopul de a preveni instalarea acestei stări (vezi „gastrita"), de a crește secreția gastrică sau de a lupta contra efectelor aclorhidriei: malnutriția, popularea microbiană intestinală etc.

**Creșterea secreției gastrice** se poate face prin mai multe mijloace:
1) **Regim alimentar,** care va consta în supe de legume, de ovăz,



Scanned with OKEN Scanner

de carne, borşuri de tărîţe, acrite cu suc de lămîie, fructe fierte, jeleuri de fructe, siropuri, ouă moi, carne sub formă de grătar sau fiartă, şuncă proaspătă etc., alimentele fiind normal sărate. Se vor elimina alimentele cu resturi grosolane de celuloză (varză, gulii etc.) şi condimentele (oţet, piper etc.). 2) **Medicamentos,** secreţia gastrică poate fi stimulată administrînd, înaintea meselor principale, substanţe amare (stomahice). **Rp.** T-ra china ; T-ra amară ; T-ra genţiană aa 10,0 g ; T-ra nuca vomica 5,0 g. Ds. intern cîte 20 picături în puţină apă, luate cu 20—30 minute înaintea meselor. Se mai încearcă : insulina (8—10 unităţi în injecţie subcutanată cu 20 minute înainte de mîncare sau parasimpaticomimeticele (geneserină granule a 0,5 mg, de trei ori pe zi, cîte una-două granule sau picături LX—C pe zi).

**Medicaţia de substituire** are la bază administrarea de acid clorhidric. Acesta se dă în general în doze moderate, în formulă magistrală : **Rp.** Acid clorhidric oficinal ; Pepsină aa 20,0 g ; Apă distilată 100,0 g. Ds. intern una-două linguriţe la 1/2 pahar apă, de luat în timpul meselor principale sau sub formă de Acidopeps tablete (clorhidrat de acid glutamic 500 mg + pepsină 100 mg) cîte una sau două tablete dizolvate în jumătate pahar apă (sau sucuri citrice), care se iau în timpul meselor principale. După luarea acidului clorhidric este indicată spălarea gurii cu apă alcalină, pentru a evita efectul nedorit asupra dinţilor (dizolvarea smalţului). La cei ce nu suportă bine acidul clorhidric putem recomanda ca înainte de a-l lua să se folosească un pansament gastric (vezi „ulcerul gastroduodenal"). Dacă bolnavul are semne de insuficienţă pancreatică externă se indică şi preparate de pancreas, enzime (vezi „pancreatita cronică").

Efectele lipsei de acid sînt variate : multicarenţe, populare microbiană intestinală etc. De aceea, acestor bolnavi li se administrează vitamine, chiar profilactic. În caz de aclorhidrie şi mai ales în boala lui Addison-Biermer se indică vitamina $B_{12}$, cîte o injecţie i.m. pe săptămînă a 1 000 gamma, vitamina A (20 000 U în 24 ore — Vogan, Arovit unu-două drajeuri), vitamină PP (nicotinamid comprimate a 100 mg, două-trei pe zi), vitamina $B_1$ (Thiamin, Betaxin) 50—100 mg, cinci-zece comprimate pe zi. În caz de anemie hipocromă se asociază tratamentul marţial : fier redus (un g de trei ori pe zi în capsule), protoxalat de fier (0,50 g de trei ori pe zi), fier zaharat (Ferronicum), Fumafer comprimate a 200 mg, trei-patru comprimate pe zi, Tonofer (fier sulfuric cristalizat 300 mg + acid ascorbic 50 mg) drajeuri două-şase pe zi etc., toate admi-

Scanned with OKEN Scanner

nistrîndu-se după mîncare. La cei ce nu suportă (diaree) preparatele de fier pe cale orală, ele se pot prescrie în injecții (Ferrum Hausmann injecții i.m.).

Prezența diareei (enteropatia paraaclorhidrică) poate fi rezultatul populării microbiene a intestinului subțire prin lipsa barajului ce-l reprezintă prezența acidului clorhidric (vezi și „enterocolita"). Prevenirea și combaterea ei se face prin administrarea de antibacteriene cu acțiune electiv intestinală, pe lîngă acidul clorhidric și de preferat după antibiogramă, făcută pe conținut intestinal recoltat prin tubaj intestinal protejat. Printre acestea un loc important îl ocupă și antisepticele intestinale (în formele ușoare): saprosan, mexaform de patru-cinci ori cîte două comprimate, timp de șase-opt zile; apoi, sulfamidele cu acțiune intestinală: Ftalisulfatiazolul, cîte două comprimate de patru-cinci ori pe zi, timp de șase-opt zile sau cele cu acțiune prelungită: Sulfametin, Bayrena administrate primele zile cîte două comprimate și apoi cîte un comprimat pe zi; în sfîrșit, antibioticele: Tetraciclina 1—2 g, Neomicina 1—1,5 g, Cloramfenicolul 1—2 g, Kanamicina 2—3 g pe zi, în decurs de opt-zece zile, nu mai mult, pentru a nu produce accidente disbiotice (sindromul diareic după antibiotice, dat de enterocolita stafilococică pseudomembranoasă) și întotdeauna în asociere cu complexul vitaminic B. Se poate indica și streptomicina 1 g pe zi, administrată pe cale orală în trei porțiuni, timp de cinci-șase zile. Acestea se vor administra mai ales în momentul decompensării (diaree) cu indicația de a le alterna, pentru a evita formarea de sușe microbiene rezistente.

**AGASTRIE** (sindrom). Este o situație patologică, congenitală sau postoperatorie caracterizată prin absența stomacului din circuitul digestiv. În practica medicală interesează agastria postoperatorie, consecință a gastrectomiei totale efectuată de regulă pentru neoplasm gastric. Această infirmitate poate fi tolerată cu o **dietă corespunzătoare.** Deseori, însă, din cauza dietei necorespunzătoare, a maldigestiei și a malnutriției se produce o foarte pronunțată slăbire în greutate a bolnavului. Pentru a preveni sindromul de agastrie postgastrectomie totală s-au imaginat unele **tehnici chirurgicale** care realizează un nou rezervor gastric. În acest scop se

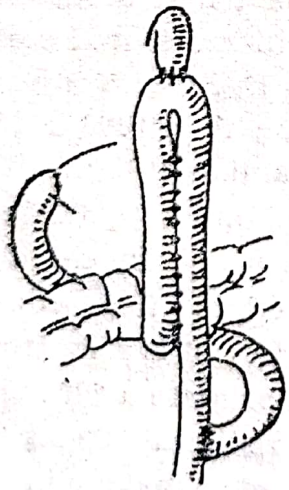


Fig. 13.

interpune între esofag şi duoden o ansă colică sau una jejunală exclusă bilateral. Aceste procedee care prelungesc actul operator fără un efect deosebit nu au răspîndire mare. Mai bună pare să fie crearea unui rezervor jejunal cu dublu lumen şi anastomoză distală Roux-en-Y (W. Lawrence Jr.), care este de execuţie simplă şi care a dat cele mai puţine probleme nutritive după gastrectomie totală (fig. 13).

**ANSĂ AFERENTĂ** (sindrom). Este o suferinţă tardivă, care poate apare după rezecţia gastrică terminată cu un tip de anastomoză derivat din Billroth II sau după gastroenteroanastomoză şi la care ansa jejunală aferentă a fost lăsată prea lungă (de obicei), ceea ce a dus la stagnarea secreţiilor biliopancreatice şi a alimentelor, cu reflux bilioalimentar gastroesofagian. Pe plan clinic, suferinţa este caracterizată prin senzaţie de jenă şi tensiune dureroasă epigastrică şi în hipocondrul drept, postalimentaţie sau acuze ce uneori pot surveni brusc, violent (colică duodenală) şi care se amendează după o vărsătură abundentă, totdeauna bilioasă. Radiologic, se observă sau nu umplerea ansei aferente, cu stază şi brasaj. Cînd staza este accentuată şi de durată, însoţită de populare bacteriană intensă sau cînd vărsăturile sînt incoercibile, atunci se poate ajunge la sindromul de denutriţie.

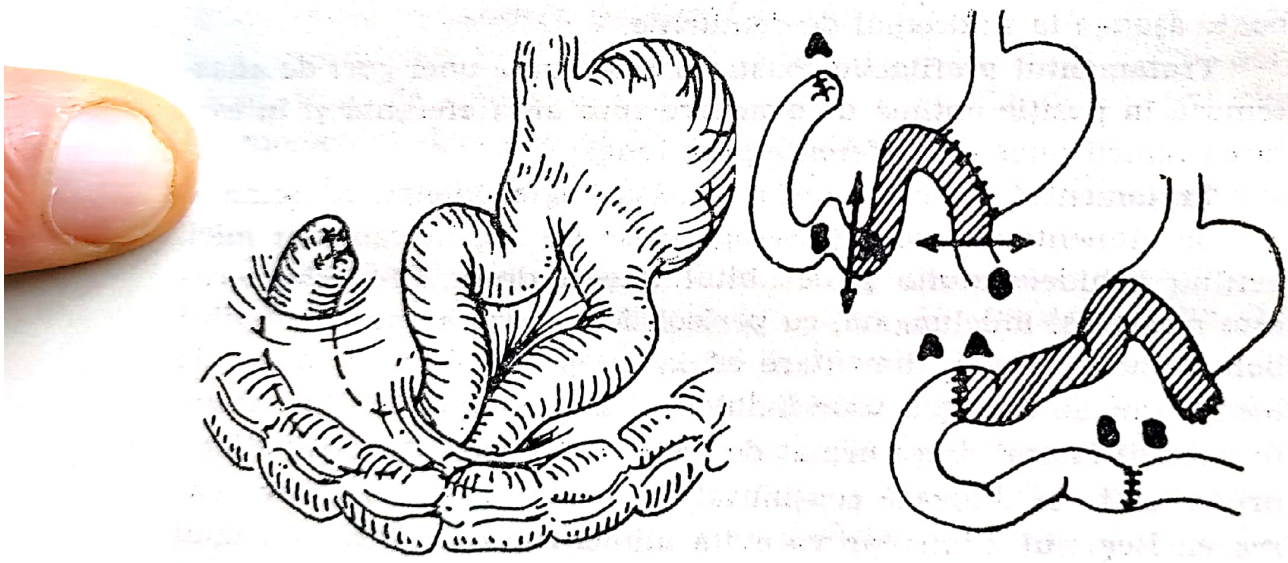
**Tratamentul profilactic** constă în asigurarea unei guri de anastomoză în poziţie optimă de evacuare spre ansa eferentă şi în evitarea lăsării unei anse aferente prea lungi.

**Tratamentul curativ** cuprinde **măsuri igienodietetice.** Bolnavii se vor alimenta frecvent (şase-opt mese pe zi), în cantităţi mici, evitînd lichidele multe şi decubitul lateral drept. Cînd stagnarea este masivă şi îndelungată, cu pericol de blocare a ansei, se indică bolnavului ca după alimentare să ia un pahar de ceai călduţ de mentă sau de muşeţel, uşor îndulcit şi să stea apoi 10—15 minute în decubit lateral drept urmat de trecerea în decubit lateral stîng ; prin aceasta se diluează conţinutul ansei şi se favorizează evacuarea ei. Regimul alimentar va evita alimentele contraindicate unui rezecat gastric şi mai ales grăsimile, în special cele de proastă calitate (untură de porc, seu) şi prăjite, ca şi alimentele cu reziduu abundent (celulozicele : varză, gulii, conopidă, castraveţi, leguminoase uscate etc.) şi condimentele. **Tratamentul medicamentos** este indicat în caz de dureri violente (colică duodenală) ; se administrează antispastice : papaverină, scobutil, trinitrinpapaverină (dischinezie oddiană) şi calmante. Cînd se asociază semne de

Scanned with OKEN Scanner

dischinezie biliară şi modificări de mucoasă (duodenită) sînt indicate : praful Bourget : **Rp.** Bicarbonat de sodiu 6,0 g ; Fosfat de sodiu 4,0 g ; Sulfat de sodiu 2,0 g (pentru un pachet), care se ia dimineaţa la trezire, un pachet la 1/2 pahar de apă şi se stă apoi în decubit lateral drept 30 minute ; sau soluţie Anghirol 3×10—20 picături, înaintea meselor cu 15 minute, cu puţină apă, alternativ cîte 15 zile pe lună, asociate înaintea meselor principale şi cu administrarea unui pansament (săruri de bismut şi calciu, vezi „gastrita", „duodenita"), pentru modificarea *p*H-ului (mediului) duodenal şi protecţia mucoasei duodenale.

Efect favorabil mai au : drenajul biliar asociat cu spălătură duodenală cu soluţie Bourget (un pachet la un litru de apă) ; agenţii fizici : şedinţe de ultrascurte alternînd cu ultraviolete pe regiunea hipocondrului drept, 10—15 într-o cură ; ca şi curele de apă minerală din staţiunile Olăneşti, Călimăneşti, Sîngiorz etc. În formele rezistente la tratament medical şi cu răsunet accentuat asupra stării generale se indică **tratamentul chirurgical.** Deoarece sindromul are o cauză predominant mecanică (ansă aferentă lungă, gură orizontalizată), operaţia va căuta să corecteze indirect sau direct aceste deficienţe. În concluzie, se practică, fie o anastomoză



*a)* *b)*

Fig. 14.

Braun între ansa aferentă şi cea eferentă, la piciorul montajului (fig. 14 a), fie o reincludere a blocului duodenobiliopancreatic după procedeul Soupault-Bucaille sau după altul, mai ales dacă sindromul ansei aferente este asociat cu dumping (fig. 14 b).

Scanned with OKEN Scanner

**ASPIRAȚIE GASTRICĂ.** Este intubația nazo- sau orogastrică cu scopul evacuării lichidului stagnant din stomac. Se folosesc tuburi de cauciuc obișnuite sau tubul plastic Ryle ori Levin. Este indicată în ocluzie intestinală, ileus paralitic, peritonită, dilatație acută de stomac, vărsături postoperatorii și în toate bolile unde se produc vărsături repetate și conținutul stomacului este apos și poate fi aspirat ușor. Tubul este uns cu parafină lichidă, introdus pe cale nazală și, odată ajuns în stomac, se aspiră conținut gastric. Se fixează la obraz cu leucoplast. Se aspiră cu seringă Record, numai manual. Tubul de aspirație gastrică se poate bloca în orice moment, cel mai frecvent prin mucoasa gastrică aspirată în ochiurile tubului ; de aceea, necesită controlul permanent al asistentei medicale, pentru a-l reface permeabil. Tot lichidul aspirat trebuie măsurat și notat pe fișe, de asemenea caracterul și culoarea sa. Bolnavul nu va lua apă pe gură în timpul aspirației gastrice, pentru că își poate agrava starea clinică prin pierderi de sodiu, clor și potasiu. Se interzic lichidele *per os* atîta timp cît aspirația gastrică este în uz. De regulă, după 48 de ore tubul poate fi scos.

**BILLROTH I — PÉAN** (anastomoză). Este anastomoza gastroduodenală folosită pentru restabilirea continuității tubului digestiv după rezecție gastrică (ablația unei părți din stomac care poate merge de la 1/2 la 4/5) pentru ulcer gastroduodenal sau, mai rar, pentru cancer. De regulă, această anastomoză se realizează termino-terminal între partea inferioară a bontului gastric și duoden (fig. 15). În mod excepțional poate fi confecționată o anastomoză între tranșa bontului gastric în întregime și duoden (folosind un artificiu de tehnică pentru a îngusta bontul gastric). În unele situații se mai poate recurge la o anastomoză gastroduodenală termino-laterală sau latero-terminală.

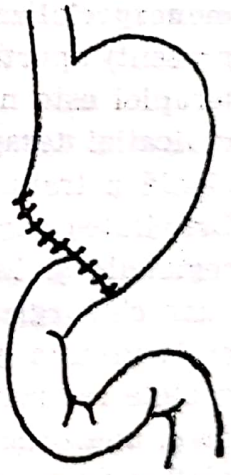


Fig. 15.

**BILLROTH II** (anastomoză). Este anastomoza gastrojejunală folosită pentru restabilirea continuității tubului digestiv după rezecția gastrică pentru ulcer gastroduodenal sau pentru cancer. De regulă, această anastomoză se realizează terminolateral între bontul gastric pe întreaga sa tranșă și prima ansă jejunală. Variantele acestui tip de anastomoză sînt multiple. Unele se clasi-

Scanned with OKEN Scanner

fică în funcţie de modalitatea de restabilire a continuităţii : a) latero-laterală (Billroth II originală), b) termino-laterală (Hofmeister-Finsterer), c) termino-laterală (Krönlein-Reichel-Polya) (fig. 16). Alte variante se clasifică în funcţie de plasarea anastomozei faţă de colonul transvers : precolică şi transmezocolică (retrocolică).

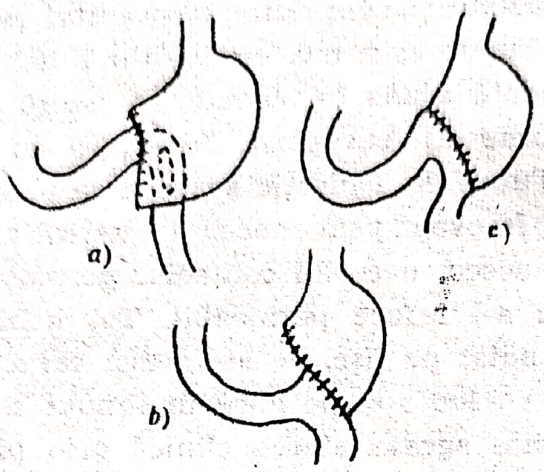



Fig. 16.

**CANCER GASTRIC.** Faţă de alte localizări ale cancerelor care pot beneficia de un tratament asociat complex chimiohormonoradiochirurgical, **tratamentul** cancerului gastric este **aproape monospecializat şi anume chirurgical,** pentru că (cel puţin pînă în prezent) aportul chimioterapiei este foarte redus, iar cel al radioterapiei este nul. De aceea, cu toate că şi aici se aplică principiul indicaţiei terapeutice colective şi stadiale, responsabilitatea principală a tratamentului rămîne actualmente în mîinile chirurgului. Gravitatea cancerului gastric constă în primul rînd în metastazele regionale şi la distanţă. Este necesară cunoaşterea tuturor tehnicilor chirurgicale pentru a putea acţiona în funcţie de localizare şi de invazia ganglionară sau a organelor învecinate. Cu toate progresele realizate în ultima vreme (diagnostic mai exact şi mai precoce, anestezie şi reanimare moderne, codificarea ştiinţifică a tehnicilor de exereză cu radicalitate oncologică), supravieţuirile peste cinci ani de la intervenţiile cu pretenţie de radicalitate nu depăşesc 25% dintre operaţi.

**Metodele operatorii** pot fi astfel sistematizate :

I. Metode operatorii cu pretenţie de radicalitate oncologică : 1) Gastrectomia distală lărgită cu decolare coloepiploică şi îndepărtarea micului epiploon ; convine cancerului gastric neinvadant al porţiunii orizontale a stomacului ; 2) Gastrectomia subtotală

radicală (Re Mine) îndepărtează 4/5 din stomac, marele și micul epiploon și splina. Are avantaje tehnice și de radicalitate, îmbinînd calitățile rezecției în ceea ce privește restabilirea continuității cu cele ale gastrectomiei totale ca radicalitate ; 3) Gastrectomia proximală (polară superioară) este indicat în cancerul izolat al cardiei sau al treimei superioare a micii curburi ; 4) Gastrectomia totală (ablația întregului stomac de la mucoasa esofagiană la cea duodenală, a micului și marelui epiploon și a splinei). Se observă o tendință actuală de a reconsidera gastrectomia totală de principiu pentru cancer de corp și porțiune proximală pentru rațiuni oncologice bine stabilite ; 5) Operații complexe care pe lîngă gastrectomia subtotală sau totală pretind exereze lărgite în vecinătate, impuse de extinderea neoplasmului (pancreas, ficat, colon, diafragm, splină). Astfel, se execută gastrocolectomie, gastrosplenectomie, gastrosplenopancreatectomie, gastrectomie asociată cu extirparea unei părți din diafragm și gastrectomie asociată cu oofo-rectomie.

II. Metode operatorii paleative : 1) Rezecția simplă, de curățire cu lăsarea pe loc a ganglionilor ; după ablația focarului primar s-a remarcat clinic o încetinire a metastazelor existente ; 2) Operații de ocolire a tumorii pentru restabilirea tranzitului (cu lăsarea pe loc a tumorii).

III. Laparotomii exploratorii (care constată, intraoperator, că nici un fel de operație nici radicală, nici paleativă nu se poate practica).

IV. Operații de control pentru diagnosticare precoce a recidivelor (second-look) la interval de 6—12 luni de la operația primară. Dacă se găsește o recidivă, ea este imediat îndepărtată sau se face totalizarea gastrectomiei, prin ablația bontului gastric restant, urmînd ca următoarea explorare să revină la șase luni. Absența recidivelor la prima explorare nu mai pune în discuție repetarea laparotomiei.

În ceea ce privește **tratamentele adjuvante**, în cancerul gastric ne vom referi doar la **chimioterapie**, pentru că adenocarcinoamele sînt extrem de rezistente la iradiere, aceasta fiind în principiu contraindicată. În materie de tub digestiv, chimioterapia nu a îndreptățit speranțele care s-au pus în ea. Adenocarcinoamele gastrice sînt tumori foarte puțin sensibile la acțiunea citostaticelor cunoscute. S-au putut obține, totuși, unele ameliorări în cazuri inoperabile prin folosirea sarcolizinei, a tiofosforamidei, a 5-fluorouracilului și a mitomicinei C. Autorii japonezi practică

Scanned with OKEN Scanner

în cancerele gastrice operate radical opt cure postoperatorii în timp de doi ani cu mitomicină C și ciclofosfamidă. Ei dau supraviețuiri după cinci ani de peste 25%.

Tratamentul chirurgical radical al cancerului gastric se poate aplica numai atunci cînd diagnosticul s-a făcut în faza „utilă" terapeutică (la început). Aceasta este posibil dacă acordăm atenția cuvenită profilaxiei și depistării sale precoce. Cum însă **profilaxia** primară a bolii încă nu are o fundamentare etiopatogenică certă, atunci „piatra unghiulară" rămîne depistarea precoce măcar a acelor stări care favorizează apariția cancerului sau sînt precursoare or concomitente (stările precanceroase). Depistările în masă (screening-ul) nu sînt realizabile. Astfel, se va acorda atenție familiilor la care s-a descoperit odată un cancer, subiecților cu aclorhidrie, cu gastrită anacidă și, mai ales, a celor cu metaplazie intestinală (la examenul bioptic al mucoasei), cu gastrită atrofică, cu tumori gastrice benigne (polipi, schwanom etc.), cu ulcer gastric, mai ales al segmentului orizontal etc. Toți aceștia urmează a fi controlați din șase în șase luni (clinic, gastroscopic, radiologic etc.) pentru a se depista cele mai mici semne suspecte de transformare malignă, în care caz vor fi supuși de urgență intervenției chirurgicale.

**Tratamentul medical paleativ** are ca scop doar pregătirea bolnavului în vederea intervenției chirurgicale sau se adresează cazurilor inoperabile. Astfel, eventualele pierderi sanguine se recuperează prin transfuzii de sînge izogrup, cele proteice prin transfuzii de plasmă, soluții de acizi aminați, Trophisan, proteolizat etc. și cele hidroelectrolitice prin soluții corespunzătoare modificărilor umorale (hematocrit, ionogramă, rezistivitate plasmatică). În cazurile inoperabile tratamentul este simptomatic. Inapetența se poate influența prin tincturi amare (T-ra china, T-ra amara, T-ra nucă vomică), soluție de acid clorhidric oficinal. Acidopeps, eventual insulină (vezi și „aclorhidria"). Grețurile și vărsăturile se pot ameliora prin antiemetice : Emetiral supozitoare 0,25 mg 2—3/zi, Primperan fiole 10 mg injecție i.m. sau i.v. sau soluție cîte o linguriță de 2—3 ori pe zi și mai puțin prin potio Rivieri, soluție procaină, tinctură beladona. Durerile se vor calma la început cu prafuri analgezice, antispasmodice (codeină, papaverină, beladonă, analgezină, algocalmin), care seara se asociază cu barbiturice somnifere (luminal, fenobarbital), urmînd apoi ca treptat să se treacă la opiacee sau substituenții de sinteză (dionină, morfină, dilaudenatropină, Mialgin, hidromorfon etc.). Se începe prin administra-

Scanned with OKEN Scanner

rea pe cale orală şi apoi parenterală, dozele urmînd să fie crescute cu 1/2 fiolă, 1—2 ori pe zi şi apoi ajungînd la 2—3 fiole sau chiar mai multe, dată fiind scăderea efectului lor prin obişnuinţa ce o dau. Acţiunea lor poate fi potenţată prin asocierea cu clorpromazină (clordelazin, largactil, plegomazin) 2—3 drajeuri a 25 mg sau injecţii i.m. 2—3 pe zi.

**CIRCUIT VICIOS** (stomac cu gastroenteroanastomoză). Este o situaţie patologică rezultată din tranzitul necorespunzător al alimentelor printr-un stomac operat cu gastroenteroanastomoză (gastrojejunostomie). Alimentele, în loc să treacă prin gura de anastomoză în ansa eferentă, pătrund prin antru şi pilor în duoden şi de aici prin ansa aferentă revin în stomac, realizînd un cerc vicios (fig. 17). Odată diagnosticată, această situaţie patologică pretinde soluţionarea ei prin **tratament chirurgical** şi anume printr-o rezecţie gastrică (inclusiv gastroenteroanastomoza) şi restabilirea continuităţii tubului digestiv prin două anastomoze: jejunojejunală între ansa aferentă şi eferentă şi gastrojejunală sau gastroduodenală (dubla rezecţie gastrică şi jejunală la fel cum se procedează în caz de ulcer peptic jejunal postoperator) (vezi „degastroenteroanastomoză").

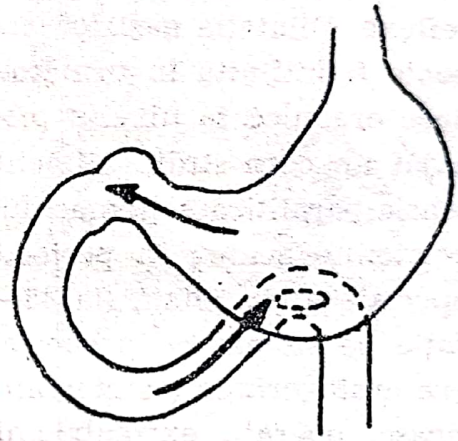


Fig. 17.

**DEGASTROENTEROANASTOMOZĂ.** Sensul *ad litteram* al acestei denumiri înseamnă demontarea (desfacerea) unei gastroenteroanastomoze şi revenirea la situaţia anterioară ei (cu repararea breşei gastrice şi jejunale rezultate din demontare). Cu timpul, termenul a căpătat un alt conţinut reprezentînd o altă operaţie necesară pentru a trata un ulcer duodenal recidivat, un ulcer peptic (jejunal) postopera-

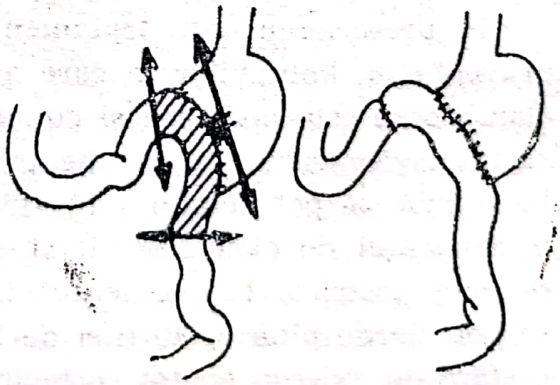


Fig. 18.

tor sau un sindrom de circuit vicios. Această operație constă nu din demontarea anastomozei, ci din rezecția gastrică împreună cu anastomoza și refacerea continuității jejunale prin anastomoza între ansa aferentă și eferentă și respectiv a continuității gastroduodenale sau gastrojejunale (fig. 18). Este vorba de o dublă rezecție gastrică și jejunală (vezi operația pentru „ulcer peptic").

**DILATAȚIE GASTRICĂ ACUTĂ** (atonie gastrică, gastrectazie). Este distensia stomacului, care survine fie ca o consecință a unui obstacol mecanic, fie, mai adesea, ca o consecință a unei pareze reflexe. Dilatația gastrică acută consecutivă unui obstacol mecanic poate fi întîlnită în următoarea împrejurare : instalarea unei stenoze organice la nivelul pilorului sau duodenului în care s-a angajat un corp străin alimentar (un sîmbure, un cartilaj etc.). Distensia paralitică a stomacului poate apare : în timpul evoluției unei peritonite acute ; în perioada postoperatorie imediată după orice operație abdominală (la 48—72 de ore), dar mai ales după o operație pe stomac și în special după vagotomie ; după unele manevre nesîngerînde (cateterism ureteral, colapsoterapie), nașteri laborioase, operații extraabdominale, traumatisme abdominale, unele boli infectocontagioase (febră tifoidă, poliomielită), boli pulmonare acute, intoxicații grave, infarct de miocard, litiază biliară, ulcer gastroduodenal, după ingestie de mari cantități de alimente și, mai ales, de lichide reci.

În fine, pot interveni cauze mixte, mecanice și funcționale. Astfel, apare prin asocierea distensiei intestinale paralitice cu acțiunea pensei aortomezenterice asupra duodenului 3, pe care-l strangulează. Închiderea pensei aortomezenterice este realizată de intestinul în ocluzie, care este greu și tracționează pe mezenter.

În prescrierea unui **tratament profilactic** eficace, pe lîngă supravegherea bolnavilor la care au apărut asemenea momente declanșatoare este necesară și cunoașterea principalelor tulburări fiziopatologice care necorectate la timp ar putea antrena exitusul. În stomac se pot acumula 10—15 litri de lichid, ca urmare atît a insuficienței de evacuare cît și, mai ales, a procesului de hipersecreție gastrică. În momentul instalării vărsăturilor incoercibile se pot pierde pînă la 40 litri de lichid în 24 de ore. Se va instala o stare de exicoză cu tot cortegiul simptomatologic, inclusiv șocul hipovolemic.

Scanned with OKEN Scanner

**Tratamentul curativ** de elecție în dilatația acută este cel **medical.** Numai imposibilitatea de a introduce sonda în stomac, ca și ineficiența măsurilor medicale, obligă la o **rezolvare chirurgicală.** Succesul terapeuticii medicale cu evitarea gastrostomiei depinde, în primul rînd, de recunoașterea cît mai precoce a bolii. În plus, se va contraindica administrarea anticolinergicelor și antispasticilor, ca și aceea a opiaceelor.

Prima măsură terapeutică obligatorie este evacuarea cu ajutorul unei sonde groase a conținutului gastric, ceea ce va produce o îmbunătățire netă a stării bolnavului. Prin spălătură gastrică se poate obține dezangajarea corpului străin din pilor. Lichidul de spălătură poate fi soluție salină fiziologică (călduță, pentru a favoriza peristaltica). În continuare, se va institui o aspirație permanentă (figura 19). Pentru favorizarea evacuării gastrice se recomandă decubitul lateral drept sau ventral, ca și poziția genupectorală. Combaterea parezei musculare se poate obține, dacă nu sînt contraindicații, cu extract de posthipofiză sau stricnină, precum și cu unele parasimpaticomimetice (miostin fiole de 0,5 mg, eserină 0,5—2 mg/24 de ore, geneserină 1—3 mg/24 de ore).

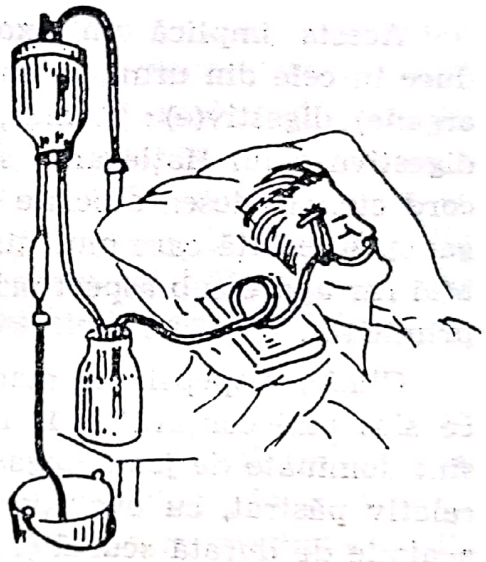


Fig. 19.

Un loc aparte îl ocupă corectarea tulburărilor hidroelectrolitice sub controlul ionogramei sanguine și urinare. Uneori se poate merge pînă la perfuzarea în 24 de ore a patru—opt litri de lichide (soluție fiziologică, soluție glucozată 5%). Vom fi atenți la combaterea hipopotasemiei care poate să agraveze pareza gastrică. Se mai recomandă administrarea de vitamine din grupul B ($B_6$, $B_1$) și vitamina C. Prescrierea de lichide și electroliți la care se asociază unele vasopresoare și hemisuccinatul de hidrocortizon reprezintă medicația care se va aplica în caz de șoc hipovolemic. Se va suspenda alimentația pe gură cîteva zile, pentru ca apoi să fie reluată treptat în condiții de cruțare gastroduodenală de cîteva săptămîni. Pentru a combate efectul pensei aortomezenterice, în afară de aspirația intestinală ce ușurează ansele intestinale se recomandă și plasarea bolnavului în poziție ventrală, ceea ce permite deschiderea pensei.

Scanned with OKEN Scanner

**DISPEPSIE.** Este un grup de simptome, mai ales gastrice, ca balonare, alterarea poftei de mîncare, jenă epigastrică sau durere, borborisme, greaţă etc., cu sau fără tulburări de scaun, manifestări alergice sau a altor organe, rezultat al unei perturbări (nervoase, hormonale) în reglarea funcţiunilor digestive motorii şi secretorii a stomacului, fără să aibă la bază un substrat organic. Cum această situaţie este foarte rară în practica clinică, sfera noţiunii de dispepsie se reduce din ce în ce mai mult şi conceptul ei nu mai reprezintă decît un diagnostic de sindrom de prim contact cu bolnavul.

Acesta implică un examen complex clinic şi paraclinic care duce în cele din urmă la un diagnostic de boală a unui organ (sau organe) digestiv(e) : stomac, intestin, căi biliare (dispepsia interdigestivă a lui Haţieganu) sau/şi extradigestiv(e) : plămîn, rinichi, cord etc. şi adesea asociate (dispepsia complexă, în cupluri de organe), suferinţă care mult timp a stat latentă (dispepsie secundară). Mai rar apare sub aspect primar, prin factori pur psihici (dispepsia primitivă).

Clinic, dispepsia se manifestă prin unul din cele trei aspecte ce sînt mai conturate : 1) Dispepsia hiperstenică, în care acuzele sînt dominate de jena epigastrică pe stomacul gol, cu pirozã, apetit relativ păstrat, cu evoluţie în perioade de suferinţă alternînd cu acalmie de durată scurtă şi care evocă de obicei o boală ulceroasă, o colopatie funcţională sau alte tulburări funcţionale (sindrom de dezechilibru neurovegetativ). 2) Dispepsia hipostenică, dominată de acuze postalimentare : balonare, plenitudine („hipopepsie"), cu apetit scăzut etc. şi care denotă de cele mai multe ori suferinţă hepatobiliopancreatică, gastrită, hernie hiatală (sindrom postural), enteropatii, apendicopatie cronică, megadolicocolon sau tuberculoză pulmonară, boli cardiovasculare, boli genitourinare (metroanexită), insuficienţă renală, boli endocrine sau cancer : gastric, de intestin, pancreas, ampulă Vater etc. 3) Dispepsia gazoasă (vezi capitolul „Dispepsia gazoasă").

În orice caz, este de reţinut că dispepsia ascunde pînă la urmă o boală organică, este deci secundară (simptomatică), de aceea acest diagnostic este doar un diagnostic de etapă, care invită la observaţie şi investigaţii multiple pentru a descoperi, în final, o boală ce era în fază de latenţă sau încă insuficient conturată (şi cancer, mai ales gastric !) (O. Fodor).

**Tratamentul** de bază în dispepsiile secundare este **cel al bolii cauzatoare,** cu măsurile proprii fiecăreia (vezi capitolele respective).

Scanned with OKEN Scanner

La aceasta se adaugă și **măsurile generale** care ocupă primul loc în dispepsia primară. Între măsurile generale un loc important îl ocupă **psihoterapia.** Prin discuții repetate cu bolnavul se încearcă a se descoperi momentele agresive emoționale declanșatoare ale puseului. El trebuie apoi lămurit asupra caracterului suferinței, al evoluției în general benigne (exceptînd cancerul, insuficiența renală cronică, tuberculoza avansată etc.), dar uneori capricioase (în perioade de ameliorare și accentuare), cît și asupra necesității cooperării lui (a respectării indicațiilor cu perseverență) la obținerea efectului terapeutic. În același timp se încearcă a elimina momentele de tensiune nervoasă, factorii stress-anți și a echilibra sistemul neurovegetativ prin Bergonal 1—2 drajeuri de două—trei ori pe zi sau prin tranchilizante ușoare : Diazepam 2—6 mg de trei ori pe zi, *per os* sau intramuscular 2—10 mg, Fenobarbital comprimate à 15 mg 1—2/zi, Bromuri, Calciu-bromat etc. Nu se va uita să se trateze și tulburările asociate : aerofagia, meteorismul, colopatia funcțională (constipația sau diareea, deschinezia biliară), mai ales că adesea dispepsiile sînt complexe și asociate (vezi capitolele respective).

Se va asigura bolnavului un **regim igienic de viață** (opt ore activitate, opt ore deconectare, opt ore repaus) cu **regim alimentar rațional** : alimentație simplă, proporționată fiziologic în principiile alimentare, cu pregătirea culinară corespunzătoare, evitîndu-se alimentele cu resturi celulozice grosolane, condimentele, afumăturile, conservele etc. Masa se va lua la ore regulate în condiții de deconectare, alimentele fiind bine masticate. Se vor evita tahifagia, abuzul de cafea și ceai. Se exclud aperitivele, tutunul, alcoolul etc. In dispepsia secundară regimul alimentar va fi cel impus de boala cauzatoare, dar nu cu restricții mari și pe timp îndelungat (vezi capitolele respective). Rezultate bune pot da și curele hidrominerale, care acționează mai ales prin factori complexi crenobalneoclimatici, cure care se indică însă foarte individualizat, în raport cu asociațiile morbide, ele avînd efect nu numai curativ dar și preventiv asupra acutizării bolii și apariției altor asociații sau complicații (vezi bolile respective).

**DISPEPSIE GAZOASĂ.** Tratamentul bolnavilor cu dispepsie gazoasă trebuie să țină cont de prevenirea și combaterea numeroaselor cauze :

I. Aerofagia, ce survine în următoarele circumstanțe : A. Obicei rău, bazat pe ușurarea produsă de eructație : 1) Inițiat de în-

Scanned with OKEN Scanner

ghiţirea excesivă de salivă şi totodată de aer ; a) mecanism reflex legat de greaţă ; reacţii emoţionale puternice sau tulburări psihice ; gastroduodenite ; iritaţie piloroduodenală (psihogenă, ulcer) ; dezordini ale tractului biliar ; b) reacţie subconştientă la tensiune, anxietate ; c) înghiţirea secreţiilor postnazale („postnasal drip") în rinite, sinuzite. 2) Producere obişnuită de eructaţii pentru uşurarea disconfortului din : a) ulcerul peptic ; b) hernia hiatală ; c) colecistopatii ; d) angină pectorală ; e) sindromul colonului iritabil. B. Obiceiuri greşite de igienă alimentară : 1) Mîncarea rapidă cu înghiţire de lichide. 2) Folosirea excesivă de ape carbogazoase, bere. 3) Hipersalivaţia produsă de chewing-gum, leziuni iritative ale gurii şi fumatul excesiv. 4) Xerostomia cu deshidratare (respiraţia pe gură, medicaţia anticolinergică).

II. Aspiraţia aerului prin presiunea negativă intratoracică : A. Relaxarea voluntară a sfincterului esofagian superior. 1) Marii băutori de bere şi vin. 2) „Înghiţitorii" de săbii la circ. B. Relaxarea involuntară a sfincterului esofagian superior.

III. Formarea de gaze ($CO_2$) : A. Interacţiunea dintre HCl gastric şi bicarbonaţi. 1) Antiacide : Na $HCO_3$, Ca $CO_3$. 2) Bicarbonaţii din salivă, bilă şi suc pancreatic. B. Produse metabolice ale bacteriilor. C. Fermentaţia bacteriană (aclorhidria) : acizii organici reacţionează cu bicarbonaţii.

IV. Fermentaţia şi putrefacţia intestinală ($CO_2CH_4$, $H_2$, $H_2S$) : A. Flora intestinală anormală. B. Creşterea florei normale. C. Creşterea substratului pentru fermentaţie : 1) Transit rapid (laxative). 2) Insuficienţă pancreatică. 3) Malabsorbţie (boala coeliacă). 4) Deficit în dizaharidaze.

V. Tulburări în resorbţia şi eliminarea gazelor : A. Barajul portal. B. Obstacol intestinal (mecanic, dinamic).

Manifestarea clinică a dispepsiei gazoase îmbracă aspecte diferite, de la banala eructaţie, balonare şi flatulenţă pînă la meteorismul excesiv cu tulburări cardiovasculare şi respiratorii alarmante.

**Obiectivele tratamentului** sînt : prevenirea şi combaterea admisiei de aer în tractul digestiv ; diminuarea formării autohtone a gazelor ; facilitarea rezorbţiei şi eliminării gazelor.

**Mijloacele de tratament** sînt : psihoterapice, dietetice, medicamentoase, fizicale, crenoterapice şi chirurgicale.

**Prevenirea aerofagiei** se face prin : 1) Psihoterapie, întreprinsă motivat cu probe paraclinice adecvate (în deosebi la cazurile cu

Scanned with OKEN Scanner

cancerofobie, la care anxietatea este responsabilă de aerofagie). Dacă simptomele sînt acute, spitalizarea este dezirabilă, pentru a feri pacientul de stările tensionale din mediu. 2) Prevenirea stărilor de tensiune şi anxietate cu ajutorul sedativelor de tip barbituric (Fenobarbital), Clordiazepoxid (Librium), Diazepam, Bergonal. 3) Corectarea obiceiurilor greşite. Se vor recomanda reguli de igienă alimentară : să se servească mesele la ore regulate, să mănînce fără grabă, să mestece suficient, să nu bea apă în timpul mesei şi să se evite conversaţiile ; eliminarea practicilor care stimulează fluxul salivar : fumat excesiv, chewing-gum ; evitarea folosirii excesive a apelor minerale carbogazoase. 4) Corecţia bolii de bază (pe cale medicală sau chirurgicală) : ulcerul peptic, hernia hiatală, afecţiunile biliare şi colonul iritabil, asociat cu iritabilitatea piloroduodenală.

Se impun restricţii dietetice. Dieta poate exercita o influenţă moderată asupra volumului şi compoziţiei flatusului. În raport cu prevalenţa florei de fermentaţie sau putrefacţie se va recomanda o dietă adecvată (vezi „colita"). Se va ţine cont, de asemenea, de deficitul lactazic (excluderea lactatelor din dietă).

**Suprimarea formării gazelor** se realizează prin : 1) Eliminarea folosirii de laxative drastice, care accentuează producţia colică de gaze. 2) Diminuarea tranzitului gastrointestinal (rapid) cu agenţi anticolinergici (probantin, bergonal, atropină, administrate cu 1/2 oră înaintea meselor) şi suplimentare enzimatică (Cotazim, Festal, Triferment). 3) Tratarea hipotoniei colice care favorizează disfermentaţia cu agenţi colinergici : Betanecol clorid (Urecolină, 5—10 mg înaintea meselor). 4) Prevenirea constipaţiei prin creşterea fluidului intestinal : compoturi de prune, salate, laxative uşoare (vezi „constipaţia"). 5) Antiacide (Gelusil, Urcomplex) acolo unde există o producere excesivă de gaz carbonic sau Acidopeps la anacizi. 6) Antibiotice pentru eradicarea florei anaerobe : Tetraciclină pentru bacteroizi, Kanamicină sau Ampicilină pentru proteus, Neomicin pentru flora proteolitică.

**Facilitarea resorbţiei şi eliminarea gazelor** presupun : 1) Ameliorarea funcţiei hepatice şi tratamentul (medicochirurgical) hipertensiunii portale (vezi capitolul respectiv). 2) Plimbare şi masaj uşor abdominal. 3) Poziţie genu-pectorală. 4) Microclisme degajatoare sau supozitoare cu biscodil (Dulculax). 5) Prostigmină în flatulenţă intestinală extremă cu distensie postoperatorie (dacă nu există un obstacol mecanic). 6) Tub de gaze (Levin).

Scanned with OKEN Scanner

**DIVERTICULI DUODENALI.** Sînt dilatații ampulare ce interesează întreg peretele duodenal (diverticuli adevărați) sau numai mucoasa și submucoasa, care herniază prin peretele duodenal (diverticulii falși). Ei survin la vîrsta de peste 50 ani, cu ușoară predominanță la sexul feminin. Simptomatologia clinică apare mai ales cînd există deja inflamația pungii diverticulare (diverticulită) și constă în sindromul dispeptic duodenal pseudoulceros. Apar crize violente dureroase ce obligă bolnavul la poziții antalgice forțate (genu-pectorală). Uneori sînt simptome biliare (icter) sau pseudopancreatice (dureri cu iradieri în hipocondrul stîng).

Evoluția este în pusee cu posibilitatea apariției de complicații : inflamatorii (diverticulita) hemoragice (hemoragie digestivă superioară), coledociene (coledocită, angiocolite icterigene) etc. Diagnosticul este confirmat de examenul radiologic care evidențiază sacul diverticular.

În general, diverticulii duodenali sînt asimptomatici, dar vom lua totuși unele măsuri pentru **prevenirea complicațiilor.** Astfel, purtătorilor de diverticuli li se va recomanda un **regim alimentar** neiritant și neexcitosecretor, precum acela de ulcer gastroduodenal. Se limitează făinoasele și se exclud alimentele cu rezidiu celulozic abundent și grosolan (varză, gulii, ridichi, castraveți etc.). Alimentele se dau mai ales sub formă de pastă și piureuri, în cantități mai mici și repetate. După ingerarea alimentelor bolnavul va lua poziția care favorizează evacuarea pungii diverticulare (drenaj postural), poziție ce se stabilește de obicei prin examen radiologic. Este indicată **medicația alcalinizantă și antispasmodică** (vezi „ulcerul gastroduodenal"), mai ales cînd este prezentă inflamația mucoasei diverticulare (diverticulita). În caz de puseu dureros mai acut se poate recurge la alimentația bolnavului pe cale intestinală pe sondă duodenală. Nu se va uita, însă, că diverticulii duodenali survin de obicei la bolnavii ce au și alte suferințe : ulcer gastroduodenal, suferințe biliare, hernie hiatală care de cele mai multe ori sînt adevăratele responsabile de acuzele bolnavului și care trebuie tratate corespunzător.

**Intervenția chirurgicală** se indică în diverticulii complicați : diverticulită accentuată, diverticul ulcerat, pungă diverticulară mare cu răsunet biliar, angiocolită, icter (diverticuli juxtavaterieni), transformare malignă (excepțională).

Scanned with OKEN Scanner

**DRAGSTEDT** (operaţie). În 1943, Dragstedt readuce în discuţie vagotomia. Obiectivul urmărit de această operaţie este hiposecreţia şi hipoaciditatea stomacului. Concomitent, însă, se obţine şi o diminuare a motricităţii. Pe baza unor studii experimentale Dragstedt a fundamentat-o ca metodă de tratament al ulcerului gastroduodenal. Pentru a înlătura staza gastrică consecutivă vagotomiei a mai fost necesară o operaţie complementară de golire a stomacului : gastroenteroanastomoza, piloroplastia sau antroduodenostomia.

Vagotomia concepută de Dragstedt este o **vagotomie tronculară** şi se indică în ulcerul duodenal, a cărui patogenie este mai ales neurogenă (fig. 20 a). Ea a apărut ca o operaţie patogenică şi, în acelaşi timp, conservatoare a integrităţii stomacului, în opoziţie cu rezecţia gastrică considerată operaţie mutilantă. Studiile experimentale şi clinice din ultimii 30 de ani au adus perfecţionări metodei. Aceste perfecţionări se referă la o denervare vagală cît mai ţintită pe stomac, protejînd denervarea altor organe. Aşa s-a imaginat **vagotomia selectivă**, care menajează ramurile biliohepatice şi pancreatice ale vagului. Această intervenţie trebuie să fie şi ea însoţită de drenaj gastric (fig. 20 b). **Vagotomia supraselectivă** apărută în ultimul timp menajează, pe lîngă ramurile biliohepatice şi pancreatice ale vagului, şi ramurile antropilorice ; prin aceasta, derivaţia gastrică de drenaj nu mai este necesară (fig. 20 c). În ultima vreme, există tendinţa la unii chirurgi de a asocia vagotomia la o rezecţie limitată (antrectomie sau hemigastrectomie) interceptînd astfel atît veriga hormonală cît şi cea nervoasă a secreţiei gastrice.

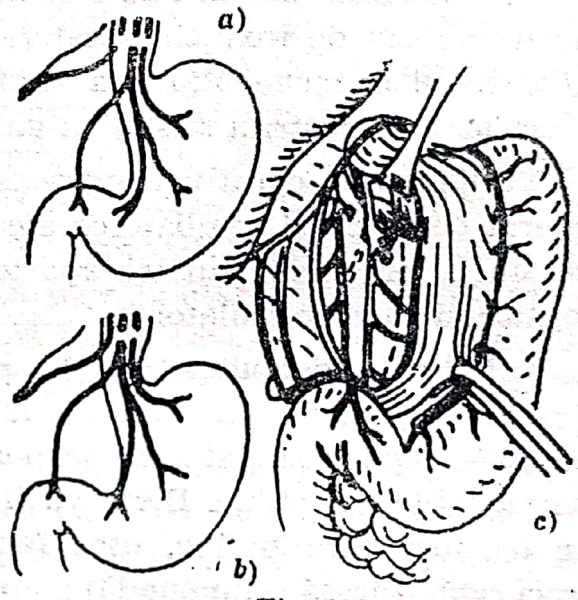


Fig. 20.

Vagotomia tronculară se poate complica în postoperatorul imediat cu atonie gastrică prelungită, care de regulă cedează la aspiraţie dacă operaţia de drenaj gastric funcţionează bine, iar în postoperatorul precoce poate surveni diareea, a cărei cauză nu este bine cunoscută.

Recidiva ulcerului după orice tip de vagotomie, demonstrată clinic, radiologic şi secretor, ne obligă să luăm în consideraţie re-

Scanned with OKEN Scanner

**intervenţia,** care va consta în una din două posibilităţi : 1) Fie o nouă vagotomie considerînd că intervenţia primară a fost o vagotomie incompletă ; de preferat, în acest caz, calea toracică cu controlul chimic sau electric al întreruperii vagale şi cu verificarea sau corectarea drenajului gastric. 2) Fie o rezecţie gastrică.

**DUODENITĂ.** Este un proces inflamator nespecific al mucoasei duodenale. Prin utilizarea criteriului clinicoevolutiv se poate distinge o duodenită acută şi una cronică.

A. **Duodenita acută.** Poate fi determinată de infecţii virotice şi bacteriene sau de toxinele acestora, precum şi de unele intoxicaţii endogene şi exogene. Rară ca manifestare clinică izolată, obişnuit se asociază cu gastrita şi/sau cu enterita acută.

**Tratamentul curativ** urmăreşte atît înlăturarea cauzei care a generat boala cît şi combaterea efectelor nocive declanşate de către aceasta în organism, un loc aparte ocupînd tulburările hidroelectrolitice şi cardiocirculatorii.

I. **Măsuri igienodietetice.** În primele zile, cînd există febră, vărsături şi diaree cu tendinţă la hipotensiunea arterială, se recomandă repaus la pat care se poate prelungi în funcţie de severitatea tabloului clinic. Dieta va fi hidrozaharată în primele 48 de ore (ceaiuri carminative, uşor îndulcite, reci ; supă de zarzavat, strecurată, sărată ; limonadă) ; apoi, treptat se vor introduce în alimentaţie făinoasele, brînzeturile proaspete, legumele pasate şi, spre sfîrşit, carne slabă, rasol, lapte şi ouă fierte. Cruţarea gastroduodenoenterală prin dietă poate fi prelungită pînă la 30—45 de zile de la debut, pentru evitarea cronicizării.

II. **Tratamentul medicamentos** se adresează în primul rînd combaterii factorilor etiologici. Infecţia se va trata cu antibiotice cu spectru larg (cloramfenicol sau tetraciclină 1—2 g/24 ore) sau cu unele chimioterapice cu acţiune digestivă (ftalilsulfatiazol 3—4 g/24 ore sau furazolidon 300—400 mg/24 ore). În practica curentă streptomicina se bucură de o largă utilizare în tubul digestiv şi pentru faptul că nu este inactivată la acest nivel. Pentru a fi eficace trebuie administrată *per os* în doze de un g din opt în opt ore. În plus, pentru combaterea toxiinfecţiilor alimentare se mai pot folosi, dacă nu există contraindicaţii, spălăturile gastrice cu ser fiziologic sau cu o soluţie alcalină, urmate de administrarea unui purgativ salin. Cît priveşte neutralizarea şi eliminarea unor toxice exogene se va urmări schema indicată la „gastrita acută". Greţurile intense însoţite de vărsături incoercibile, ca şi apariţia

Scanned with OKEN Scanner

unor scaune diareice galben-gelatinoase atrag atenţia asupra afectării duodenojejunale. În prima fază a bolii poate avea un efect salutar eliminarea resturilor alimentare infectate sau a toxicelor ingerate. Persistenţa lor va antrena, însă, tulburări hidroelectrolitice cu repercusiuni asupra aparatului cardiocirculator. Greţurile şi vărsăturile se vor combate prin următoarele metode terapeutice: soluţii antiemetizante (**Rp.** Novocaină 1 g ; Fosfat de codeină 0,4 g ; Extract de beladonă 0,2 g ; Apă de mentă şi de melisă aa 50 g, 3—4 linguriţe la zi ; Potio Rivieri ; novocaină sau xilină 1%) ; emetiral, drajeuri sau supozitoare ; clordelazin, drajeuri 25 mg sau romtiazin, drajeuri şi fiole ; reglan (Primperan) comprimate şi fiole 10 mg ; soluţii hipertone de glucoză (25—33%) i.v., la care se pot adăuga novocaină 1% 10 ml şi atropină 0,5—1 mg.

Diareea persistentă va fi corectată prin dietă adecvată şi prin prescrierea unor preparate care reduc tranzitul intestinal (codeină 0,02 g de 3—4 ori în 24 de ore ; parasimpaticolitice : scobutil, lizadon, fobenal etc.). Este bine să se facă înlăturarea dezechilibrelor hidroelectrolitice după o prealabilă ionogramă. O atenţie deosebită se va acorda deficitului potasic. În prezenţa unor fenomene clinico-biologice ce trădează apariţia colapsului se va administra, concomitent cu soluţiile corectoare, vasopresoare majore (norartrinal, araminol) şi corticosteroizi (hemisuccinat de hidrocortizon). Soluţia alcalină clasică Bourget (**Rp.** Sulfat de sodiu 6 g ; Bicarbonat de sodiu 4 g ; Fosfat de sodiu 2 g) sau modificată (**Rp.** Clorură de sodiu 2 g ; Citrat de sodiu 2 g ; Bicarbonat de sodiu 6 g ; Sulfat de sodiu 2 g), un pachet la un litru de apă, trei pahare înainte de mese ar avea un efect decongestiv, moderator al inflamaţiei mucoasei duodenale. În faza subacută, la formulele enunţate se mai pot adăuga doze mici de sulfat de magneziu sau salicilat de sodiu (0,5—1 g) cu efect coleretic — colagog, antrenînd un lavaj bilio-duodenal.

III. **Tratament hidromineral şi fizical.** Greţurile şi vărsăturile se pot corecta şi prin aplicarea de comprese umede alcoolizate sau pungă cu gheaţă în regiunea epigastrică. După cedarea lor şi a febrei se pot utiliza, pentru calmarea durerii (alături de medicaţia antispastică şi antialgică), termofor sau pernă electrică. O cură cu ape minerale se poate prescrie numai după 3—6 luni de la debut (Slănic-Moldova, Sîngeorz).

IV. **Tratament profilactic.** Prevenirea toxiinfecţiilor alimentare prin respectarea regulilor de igienă alimentară şi evitarea consumului de alimente alterate reprezintă măsura profilactică cu cea mai mare pondere în duodenita acută.

Scanned with OKEN Scanner

B. **Duodenita cronică.** După modul de apariţie se pot distinge duodenite primitive (izolate, autonome) care sînt excepţionale şi duodenite secundare (de însoţire, asociate) care sînt determinate de suferinţele organelor de vecinătate. Prin utilizarea criteriului morfologic (biopsia de mucoasă), duodenitele se mai pot diferenţia în duodenite superficiale, duodenite interstiţiale şi duodenite atrofice. Primele două forme histopatologice pot fi reversibile prin aplicarea unui tratament adecvat. Procesul inflamator se localizează cu predilecţie la nivelul bulbului şi/sau al segmentului descendent al duodenului ($D_2$). Prin coroborarea datelor clinice cu cele privind morfologia şi localizarea inflamaţiei se deosebesc următoarele forme anatomoclinice: 1) Bulbita (duodenita pseudoulceroasă) cu simptome ce mimează ulcerul. 2) Duodenita dispeptică (localizată pe $D_2$) cu sindrom dispeptic duodenal. 3) Duodenita erozivă hemoragică, după unele statistici o cauză frecventă a hemoragiei digestive superioare.

Individualizarea tratamentului se va face atît în funcţie de aceste forme anatomoclinice, cît şi în raport cu ponderea unuia sau altuia dintre factorii etiologici (toxiinfecţie, etilism, denutriţie, alergie, infestaţie parazitară, tulburări circulatorii şi tulburări în secreţia gastrică etc.).

**Tratamentul curativ** vizează înlăturarea factorilor care au produs şi întreţin boala, combaterea inflamaţiei nespecifice şi a fenomenelor dischinetice (staza), precum şi diminuarea excitabilităţii **locale.**

I. **Măsuri igienodietetice.** În perioadele de acutizare, aceste măsuri se suprapun celor din „gastrita acută". Bulbita, ca şi celelalte forme anatomoclinice cu hiperaciditate răspund bine la alimentaţia dietetică antiulceroasă. În schimb, în duodenita cu hipoaciditate dieta se aseamănă cu cea din gastrita cronică hipoacidă. O menţiune aparte trebuie făcută pentru intoleranţa faţă de laptele dulce. Duodenalii (şi, în special, cei cu bulbită) tolerează dificil laptele dulce acuzînd: greaţă, nelinişte abdominală şi, uneori, diaree. Este posibil ca fenomenele să fie induse alergic sau printr-un deficit de lactază.

II. **Tratamentul medicamentos.** Poluarea microbiană duodenojejunală va fi combătută printr-un tratament antiinfecţios (dacă este posibil în urma identificării germenilor patogeni) la care se asociază corectarea hipo- sau anaclorhidriei şi asanarea focarelor infecţioase locoregionale şi la distanţă. Antibioticele (penicilină, streptomicină, cloramfenicol, tetraciclină, ampicilină) se pot administra pe toate căile, inclusiv cea duodenală, după un prealabil

Scanned with OKEN Scanner

lavaj cu soluţii fiziologice sau alcaline (Bourget). Se vor trata parazitozele cu localizare duodenală (lambliaza, anchilostomiaza şi strongiloidoza), deşi nu întotdeauna combaterea acestora este urmată de vindecarea inflamaţiei duodenale (vezi şi tratamentul „parazitozei intestinale"). În plus, se va combate staza duodenală, care preexistă duodenitei sau care poate să apară în evoluţia acesteia. Rezultate bune se obţin prin administrarea de insulină 8—12 U, s.c. sau i.v. înainte de fiecare masă, mai ales dacă se asociază şi o diminuare a HCl. În orice caz, hipotonia duodenală este incompatibilă cu prescrierea de anticolinergice şi antispastice, excitabilitatea şi sensibilitatea dureroasă intestinală se va trata cu novocaină sau xilină 0,5—1% (i.v. sau per os) sau cu analgezice clasice (piramidon, antipirină per os sau supozitoare), la care se pot asocia şi unele proceduri fizicale. Atitudinea terapeutică în duodenita hemoragică se va orienta după indicaţiile formulate la hemoragia digestivă. Pentru combaterea greţurilor, vărsăturilor, a tulburărilor de tranzit intestinal şi a unor dezechilibre hidroelectrolitice se va consulta tratamentul prescris în „gastrita" şi „duodenita acută".

III. **Tratamentul hidromineral şi fizical.** În formele cu hipoaciditate, în perioada de acalmie se prescriu cure de ape minerale la Borsec, Călimăneşti, Olăneşti, Covasna, Vîlcele, Zizin şi Tuşnad. În schimb, în cele cu hiperaciditate se recomandă cura de Malnaş, Sîngiorz, Bodoc. Pentru înlăturarea fenomenelor dispeptice dureroase se mai pot folosi şi proceduri fizicale: comprese umede alcoolizate, termofor cald sau pernă electrică, ultrasunete în regiunea epigastrică, precum şi ultraviolete pe tot abdomenul.

**Tratamentul profilactic** se va orienta în raport cu constelaţia etiologică a fiecărui caz în parte. Se va face un tratament corect al duodenitei acute, pentru împiedecarea cronicizării. În general, măsurile profilactice sînt similare cu cele descrise în ulcerul gastroduodenal şi gastrita cronică.

**FISTULA GASTRICĂ.** Este acea situaţie în care cavitatea gastrică comunică cu exteriorul. Deosebim: 1) Fistula traumatică (după plagă abdominală penetrantă cu leziune gastrică). 2) Fistulă operatorie (cu scop terapeutic). 3) Fistulă postoperatorie (ca urmare a dezunirii unei suturi gastrice).

**În primul caz,** este necesară **laparotomia exploratorie** care face inventarul leziunilor viscerale. Dacă este vorba de o plagă gastrică cu aspect liniar şi limitată ca întindere se face gastrorafie (într-un

Scanned with OKEN Scanner

strat sau în două straturi), după avivarea buzelor plăgii. Dacă plaga este anfractuoasă, întinsă sau dacă sînt plăgi multiple, atunci se face rezecţia segmentului gastric afectat, cu restabilirea continuităţii după unul din procedeele cunoscute (vezi „rezecţie gastrică").

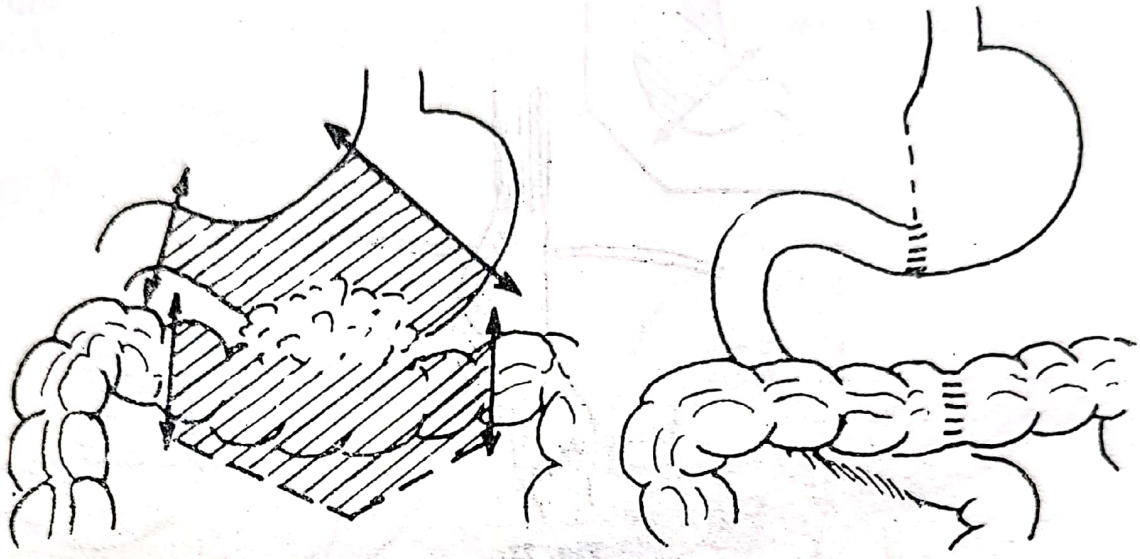
În cazul **fistulei operatorii** se execută, de fapt, o **gastrostomie** cu scop de decompresiune gastrică postoperatorie. Ea se recomandă la bolnavii în vîrstă operaţi, cu intervenţii mari abdominale, care necesită aspiraţie gastrică postoperatorie. Faţă de aspiraţia nazogastrică prin sondă, gastrostomia minimă are avantajul că nu dă tulburări respiratorii şi e mai bine suportată. Se suprimă în momentul cînd tranzitul intestinal s-a reluat. De regulă după suprimarea tubului de gastrostomie urmează închiderea spontană a fistulei.

În ceea ce priveşte **fistula postoperatorie** prin dezunire de suturi, ea are dezavantajul unei mari gravităţi. **Tratamentul medical** se poate aplica fistulelor mici şi mijlocii şi, în general, constituie o soluţie terapeutică „de aşteptare", în speranţa închiderii spontane sau în vederea pregătirii terenului pentru reintervenţie. Se frînează secreţia gastrică şi biliopancreatică prin atropină, clorură de calciu, insulină, iniprol. Se protejează tegumentele de acţiunea digestivă a sucurilor prin paste speciale, prin irigaţie cu acid lactic (metoda Trémolières : acid lactic 4,5 la 1 000, cu adaos de ser bicarbonatat izotonic pentru a potrivi *p*H-ul la 4,5—5 ; se irigă plaga zilnic, cu un debit de 1—2 litri pe zi, prin intermediul unei tubuluri Carrel), prin aspiraţie continuă în focar. Se combate denutriţia prin alimentaţie parenterală şi prin alimentaţie pe sondă intestinală (trecută în aval de anastomoză, dacă e posibil). **Tratamentul chirurgical** se adresează fistulelor mari şi, în general, în cazul insuccesele tratamentului conservator. Orice tentativă de resutură e sortită eşecului. Dacă e posibil, se face secţiune la distanţă în ţesuturi sănătoase şi apoi sutură. O jejunostomie de alimentaţie asociată poate fi de mare ajutor.

**FISTULĂ GASTROCOLICĂ.** Este comunicarea patologică dintre stomac şi colon. Ea poate fi consecinţa fie unui proces patologic (ulcer peptic sau cancer cu localizare gastrică sau colică) care prin invazie penetrează organul vecin şi realizează comunicarea, fie consecinţa anastomozei stomacului cu colonul (ultimul fiind confundat cu jejunul). Deci, în locul unei anastomoze gastrojejunale s-a realizat o anastomoză gastrocolică.

Scanned with OKEN Scanner

În caz de fistulă gastrocolică ca urmare a unui proces tumoral singura intervenție logică este gastrocolectomia (care îndepărtează organele purtătoare ale tumorii și fistula (fig. 21 a) cu restabilirea continuității digestive (fig. 21 b). În caz de fistulă



*a*) *b*)

**Fig. 21.**

gastrocolică prin ulcer peptic sau postoperatorie se poate încerca fie desființarea fistulei cu repararea organelor, fie rezecția gastrocolică cu refacerea continuității digestive.

**FLEGMON GASTRIC** (gastrita acută flegmonoasă, purulentă sau supurată). Este o formă foarte severă dar și foarte rară de gastrită acută. Are origine streptococică și apare în mod secundar, ca o complicație a unei bacteriemii sau a unor leziuni ulcerative gastrice. Tabloul clinic este de catastrofă abdominală, criză abdominală epigastrică asociată cu stare septică. Diagnosticul se face, în majoritatea cazurilor, la laparotomie. Dacă există un abces gastric localizat, se drenează. Dacă nu, se închide și se pun speranțele într-un tratament antibiotic energic și corect condus.

**FUNDUSECTOMIE** (gastrectomie fundică). Este o modalitate de rezecție gastrică, propusă cu scopul de a ridica partea acidă a stomacului și a vindeca ulcerul gastroduodenal. Procedeul Déloyers este cel mai cunoscut și se execută prin toracofrenolaparotomie ; el suprimă totalitatea fundului acid și se termină printr-o anastomoză esofagoantrală. Dar, operația este prea gravă pentru ulcer. De aceea, nu se practică ; poate, doar excepțional, cînd se

găseşte un ulcer juxtacardial suspect de degenerescenţă la examenul macroscopic. Are unele indicaţii şi în cancerul gastric al porţiunii verticale (fig. 22).

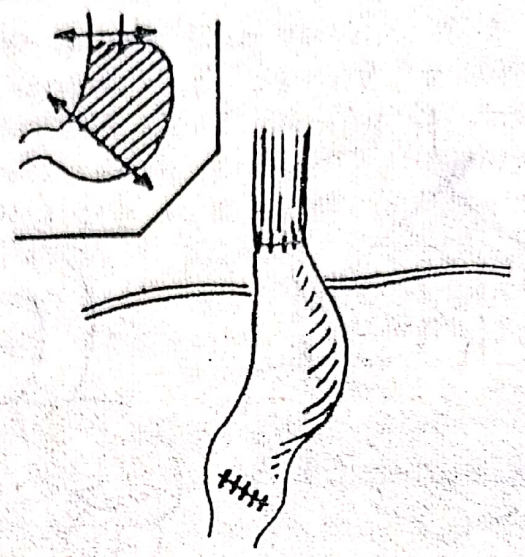


Fig. 22.

**GASTRECTOMIE.** În mod curent, prin gastrectomie se înţelege ablaţia (rezecţia) unei porţiuni din stomac cu restabilirea continuităţii tubului digestiv printr-una din tehnicile cunoscute. În acest caz, termenul de gastrectomie este echivalent cu termenul de rezecţie gastrică.

Se poate vorbi de gastrectomie distală cînd se îndepărtează 1/2 sau 2/3 distale ale stomacului, de gastrectomie proximală (polară superioară sau fundusectomie) cînd se îndepărtează porţiunea proximală a stomacului şi de gastrectomie totală (c) (fig. 23).

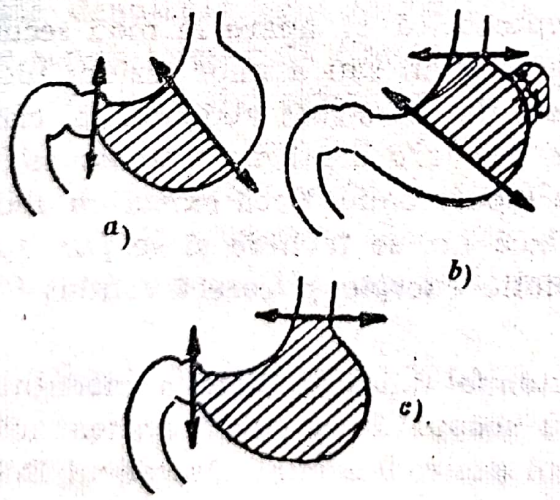



Fig. 23.

**Gastrectomia distală** (rezecţia gastrică) se utilizează în tratamentul ulcerului gastroduodenal pe considerentul că aduce vindecarea suprimînd zona reflexogenă antrală. Completată cu ablaţia micului şi a marelui epiploon prin decolare coloepiploică, gastrectomia distală poate fi folosită şi în tratamentul cancerului gastric cu localizare antropilorică.

**Gastrectomia proximală cu splenectomie** poate fi folosită ca metodă chirurgicală în tratamentul cancerului gastric neinvadant, cu localizare pe porțiunea verticală a stomacului (fig. 24).

**Gastrectomia totală** constă în îndepărtarea în întregime a stomacului, de la mucoasa esofagiană la mucoasa duodenală, cu restabilirea continuității prin anastomoză esoduodenală, esojejunală

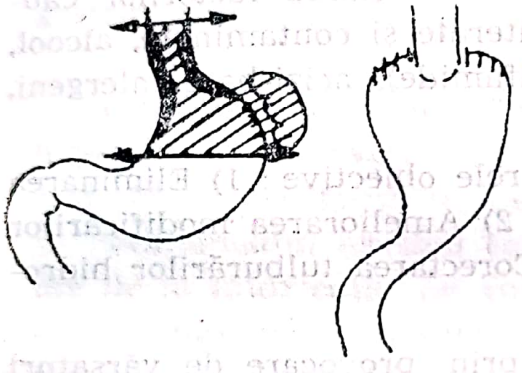


Fig. 24.

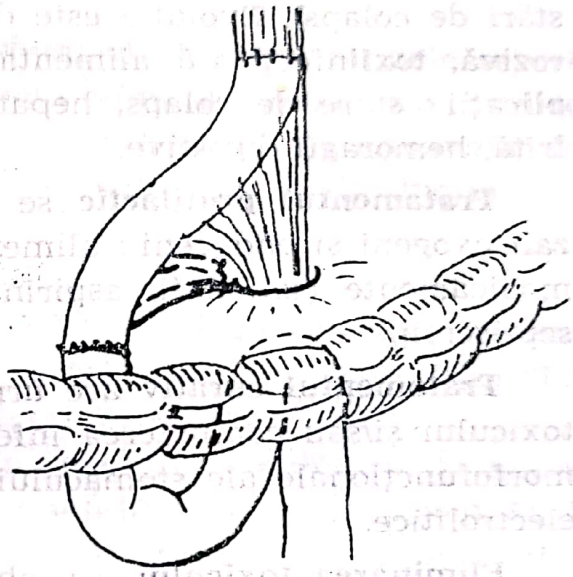


Fig. 25.

sau prin interpoziție de ansă jejunală sau colică între bontul esofagian și cel duodenal (fig. 25). Această intervenție este indicată în cancerul gastric extins, dar care n-a depășit organul. Piesa operatorie cuprinde în întregime stomacul, purtător al tumorii, micul și marele epiploon, splina, uneori coada pancreasului și adenopatia regională.

**GASTRITĂ ACUTĂ.** Se prezintă sub variate forme anatomoclinice: simplă, corozivă, flegmonoasă, hemoragică, alergică. Sub raport etiologic se deosebesc: 1) Factori exogeni, care duc la gastritele de iritație acționînd pe cale chimică: alcool, condimente, medicamente (creozot, salicilați, aspirină, sulfamide, bromuri etc.), prin agenți cu acțiune corozivă-termică (alimente fierbinți sau prea reci), mecanică (mese copioase, masticație deficitară, alimente nedigerabile sau insuficient pregătite) sau chimică (acizi anorganici, baze puternice, sublimat, arsen), prin alergeni, agenți microbieni (prin alimente infectate, cînd se realizează de fapt gastroenteritele acute din cadrul toxiinfecțiilor alimentare). 2) Factori endogeni, cu acțiune pe cale hematogenă asupra mucoasei gastrice: gastrita



Scanned with OKEN Scanner

toxică uremică, gastritele din bolile infecţioase febrile (febră tifo-paratifică, dizenterie, gripă, pneumonie).

Aspectul clinic conţine dureri epigastrice continue, exacerbate de alimentaţie, greţuri, vărsături alimentare degajatoare urmate de vărsături lichide (suc gastric cu mult mucus), anorexie, uneori diaree. Se asociază stare de deshidratare (astenie, cefalee, uneori febră, sete intensă, oligurie, limbă încărcată, tahicardie, stări de colaps). Evoluţia este de 2—4 zile. În formele severe (corozivă, toxiinfecţioasă alimentară, supurativă) evoluţia are complicaţii : stare de colaps, hepatită, infecţii bronhopulmonare, nefrită, hemoragii digestive.

**Tratamentul profilactic** se referă la evitarea factorilor cauzali exogeni şi endogeni : alimente alterate şi contaminate, alcool, medicamente (salicilaţi, aspirină, sulfamide), acizi-baze, alergeni, septicemii.

**Tratamentul curativ** are următoarele obiective : 1) Eliminarea toxicului şi/sau combaterea infecţiei. 2) Ameliorarea modificărilor morfofuncţionale ale stomacului. 3) Corectarea tulburărilor hidroelectrolitice.

**Eliminarea toxicului** se obţine prin provocare de vărsături (după o ingestie prealabilă de apă călduţă). Se realizează prin excitarea regiunii faringiene sau injecţii de apomorfină (0,77—1 cc din soluţie 1%). Se mai recomandă spălarea stomacului cu apă (soluţie fiziologică) în toxiinfecţiile alimentare, pentru îndepărtarea resturilor alimentare, urmată de administrarea de purgative (sulfat de magneziu, magnezie usta, ulei de ricin 30 g) dacă starea generală permite. Spălătura gastrică este contraindicată la bolnavii în colaps vascular, cei cu insuficienţă cardiacă, cei cu hemoragii.

Pentru **combaterea infecţiei** se folosesc antibiotice şi sulfamide : Ftalisulfatiazol (3—4 g/24 ore), Tetraciclină, Cloramfenicol (2—3 g/24 ore). Antidoturi în intoxicaţiile cu As, sublimat : Dimercaprol 3—4 mg/kg corp, la 3—4 ore i.m., timp de trei zile, apoi la şase ore alte trei zile.

În vederea **ameliorării modificărilor morfofuncţionale ale stomacului** se va recurge la : a) **metode igieno-dietetice** : repaus la pat (în formele grave), dietă hidrică în primele 24—48 ore şi realimentare treptată (supă de legume, paste, pîine albă prăjită, pireuri, lapte, brînză de vaci, carne fiartă). În gastrita caustică se continuă cu dietă ca în boala ulceroasă ; b) **metode fizicale** : căldură locală, umedă sau uscată (comprese-termofor) ; c) **metode**

**chimioterapice**, pentru combaterea greţurilor şi vărsăturilor : Potio Rivieri (cu acid citric şi bicarbonat de K) sau soluţie cu procaină (vezi „gastrita cronică"), emetiral sau clorpromazină 25—50 mg i.m. (Plegomazin, Clordelazin), metoclopramide (Primperan, Reglan, Paspertin) 10 mg i.v. de 2—3 ori pe zi.

Pentru calmarea durerilor : Papaverină, Scobutil, Lizadon, Algocalmin.

**Corectarea dezechilibrului hidroelectrolitic** (în formele severe) se realizează prin administrare de soluţii glucozate sau clorurosodică izotonică, la nevoie săruri de K (clorură de K), analeptice majore (Norartrinal, perfuzie în caz de colaps), antihistaminice în gastrita alergică.

**GASTRITA ACUTĂ COROSIVĂ.** Se poate produce în urma ingerării unor substanţe caustice : acizi puternici, alcali, iod, sublimat corosiv, compuşi de arsen, azotat de argint şi fenol.

**Tratamentul imediat** constă în spălături gastrice în două—trei ore de la intoxicaţie. Se vor folosi soluţii antidot. De exemplu, în caz de intoxicaţie cu substanţe acide se vor utiliza soluţii alcaline (bicarbonat de Na 1%, permanganat de K 2%, lapte), iar în intoxicaţii cu alcali, apă albuminoasă (două albuşuri de ou la 500 ml apă), soluţii uşor acide (soluţie slabă de oţet, de lămîie) ; în intoxicaţii cu sublimat : bicarbonat de Na, apă albuminoasă, lapte ; în intoxicaţii cu arsen : bicarbonat de Na, magnesie usta, clorură ferică.

Spălăturile gastrice vor fi executate cu prudenţă datorită riscului perforaţiei. Inflamaţia de însoţire a mucoasei gastrice va fi tratată ca şi gastrita acută simplă.

După trecerea fazei acute se prescrie un **regim** ca pentru ulcer. În evoluţia ulterioară poate să apară o stenoză antrală sau pilorică necesitînd **intervenţie chirurgicală** (rezecţie gastrică limitată cu gastroduodenostomie sau gastroenteroanastomoză).

De obicei, stenozele antrale sau pilorice însoţesc stricturile esofagiene postcaustice, care trec însă pe prim plan din punct de vedere al simptomatologiei clinice.

**GASTRITA BONTULUI GASTRIC RESTANT** (stomită, gastrită alcalină postoperatorie de reflux). Poate fi mai difuză sau localizată la gura de anastomoză şi zona perianastomotică. Este fie preexistentă intervenţiei chirurgicale, cînd aceasta o accentuează, fie o urmare a ei, datorită refluxului de bilă şi suc duode-

Scanned with OKEN Scanner

nal. Este favorizată de uzul de tutun, starea deficitară dentară, nerespectarea regimului alimentar. Manifestarea clinică este dominată de jenă și durere postprandială cu caracter de arsură, rebelă la tratamentele curente și agravată de ingestia de alimente. În plus, se adaugă scădere ponderală, hipoclorhidrie sau aclorhidrie și hemoragii oculte pînă la anemie. Explorarea radiologică arată anomalii constante ale plicelor mucoasei : îngroșări, dezorganizări, edem, eroziuni etc. De reținut că, uneori, în dosul acestor plici ale mucoasei se ascund mici ulcere peptice pe care doar gastroscopia le poate depista. Fibroscopia și examenul microscopic al mucoasei gastrice arată o gastrită atrofică, de obicei difuză.

**Tratamentul profilactic** va avea în vedere ca intervenția chirurgicală pentru ulcerul gastroduodenal, dacă nu sînt obligați de vreo urgență, să se efectueze după un prealabil tratament al eventualei gastrite existente (gastrită de însoțire, vezi „gastrita"). Metoda și tehnica chirurgicală să fie cît mai adecvată (gură de anastomoză ca mărime și situare corespunzătoare unei bune funcționări) și îngrijită (fără traumatizări și suturi grosolane, cu utilizare de materiale rezorbabile etc.). Aceste măsuri vor preveni accentuarea sau reapariția gastritei prin evitarea stazei conținutului gastric, a refluxului bilioduodenal în stomac, a stazei în ansa jejunală cu reflux în bont etc.

**Tratamentul curativ de bază este medical** și constă în **măsuri igienodietetice** și **medicamentoase.** Bolnavii vor fi instruiți a mînca pe îndelete, a mastica alimentele corespunzător, evitînd alimentele cu multe reziduuri (aponevroze, celulozice), condimente, prăjeli, sosuri și cele pe care nu le tolerează. După alimentare, ei vor păstra poziție declivă pentru 30 de minute (vezi regimul alimentar la gastrită). Se va proteja mucoasa digestivă prin pansamente-neutralizante (săruri de bismut, calciu carbonic, silicați de aluminiu etc.), iar deficitul de digestie se evită prin administrare de acid clorhidric-pepsină (Acidopeps), preparate de enzime (Triferment, Trizim), de pancreas (liofilizat sau crud, cîte 25—30 g în capsule amilacee, repartizate la cele 4—6 mese din cursul zilei). La fel, se vor controla și efectele negative ale aclorhidriei create operator, diareea, popularea microbiană intestinală (vezi „aclorhidria"). Rezultatele pot fi îmbunătățite prin recomandarea unor cure hidrominerale în stațiunile Sîngeorz și Călimănești.

În unele cazuri, rare dealtfel, cînd gastrita bontului este favorizată sau întreținută de situații anatomice necorespunzătoare (gură de anastomoză prea largă sau prea îngustă, prea sus sau prea jos situată, ansă jejunală prea lungă sau prea scurtă, gură

Scanned with OKEN Scanner

situată chiar în imediata vecinătate a ampulei lui Vater, ca în antroduodenostomie) pe care tratamentul medical nu le poate influența, se recurge la **reintervenție chirurgicală.** Se execută o reconversiune a anastomozei vinovate într-una în care mucoasa gastrică va fi ocolită de sucurile alcaline (o gastrectomie cu anastomoză Roux-en-Y sau o gastrectomie cu interpoziție de ansă).

**GASTRITA CRONICĂ.** Este o entitate nosologică mult controversată, „repusă în drepturi" ca urmare a studiilor endoscopice și bioptice care au devenit indispensabile diagnosticului de gastrită cronică. În baza acestora se deosebesc (morfologic) următoarele forme de gastrită : hipertrofică, superficială (de diverse grade : I, II, III, în care se include și gastrita interstițială) și atrofică, la care corespunde un anumit tablou clinic și aspect funcțional secretor.

Clinic, în gastrita hipertrofică și cea superficială este prezent sindromul dispeptic gastric hiperstenic, nesistematizat. Secretor se constată hipersecreție și hiperaciditate de grade variabile ; uneori (ex. gastrinomul antral) valorile ating pe cele întîlnite în ulcerul duodenal. Gastrita interstițială (superficială II și III) și cea atrofică se manifestă pe plan clinic prin sindrom dispeptic hipostenic, uneori cu semne de „împrumut" duodenobiliare și intestinale și pe plan secretor prin hiposecreție cu hipo- sau anaciditate histaminorezistentă. Relația dintre alterațiile morfofuncționale și manifestarea clinică nu este todeauna proporțională.

Referitor la etiopatogenie, aceasta este plurifactorială ; va trebui să ținem cont de factorii exogeni și endogeni cu efect iritativ și/sau trofopatic asupra mucoasei gastrice.

**Tratamentul profilactic** vizează posibilii factori etiopatogeni de natură exo- sau endogenă : igienă alimentară (natura și modul de pregătire al alimentelor, condimente, alcool, orarul meselor), masticația (corectarea edentației sau a factorilor bucodentari), tratarea afecțiunilor de vecinătate sau la distanță cu posibil răsunet gastric (hepatita cronică, bronhopatiile cronice, afecțiunile pelvine) ; atenție la medicația orală !

**Tratamentul curativ** se va aplica diverselor forme anatomoclinice ținînd cont de următoarele principii : a) strictă individualizare în funcție de factorii etiopatogeni implicați și de tipul morfologic al gastritei, b) terapia de durată, urmărind recuperarea (refacerea) morfofuncțională, c) corectarea perturbărilor fiziopatologice induse și c) atenuarea senzitivității gastrice.

Scanned with OKEN Scanner

**Dieta** variază după forma anatomoclinicofuncţională. În gastrita superficială (de obicei hiper- sau normoacidă) se recomandă mese mai frecvente cu alimente „tampon", lapte, smîntînă, unt, ouă moi, supă de legume, paste făinoase, cartofi, morcovi (piureu), carne de pasăre, de peşte, de vacă (fiartă), fructe dulci bine coapte sau compoturi, peltele, prăjituri de casă, creme. Se vor elimina : celulozicele, condimentele, alcoolul şi alimentele alergene (fragi, smeură). Pîinea să fie albă, veche (vezi „ulcerul gastroduodenal"). În gastrita interstiţială (hipoacidă) şi în cea atrofică (anacidă) se preferă supele preparate cu borş sau citrice, lămîie, sos de roşii, legume bogate în fier, fructe, lapte acru, iaurt, carne, brînzeturi, vin (roşu), pîine intermediară. Se limitează (exclud) : laptele dulce, celulozicele, grăsimile animale (prăjite). Se va ţine cont şi de eventualele asociaţii (în deosebi enteropatia paraaclorhidrică). Este important să se mănînce fără grabă, liniştit şi să se mestece bine. Se consumă cinci—şase mese pe zi şi în cantităţi suficiente. Grăsimile permise se limitează la 50—60 g, de preferinţă adăugate crud în farfurie la masă. Sarea se foloseşte moderat. Se vor evita dulciurile concentrate, de asemenea produsele de lapte care mai conţin zăr. Se preferă gătitul fiert (nu fript). Se vor evita fructele-sîmburi (nuci, alune, mac).

Alimente interzise : lapte, iaurt, smîntînă, zarzavaturi (varză, fasole, linte, mazăre, gulii, conopidă, ceapă, ridichi, sfeclă, morcovi, dovleac, castravete, roşii, ardei, vinete, spanac), fructe şi derivate (compot, marmeladă, dulceaţă), miere de stup ; pîine neagră, mămăligă ; alimente conservate (fie de casă, fie din industrie) : slănină, conserve de peşte, acrituri, brînzeturi fermentate ; găluşte de făină (simple), tăiţei sau aluat fiert grosolan.

Alimente permise : pîine albă (uscată), cozonac (uscat), biscuiţi, pişcoturi, ştrudel (numai cu brînză), tăiţei şi macaroane (numai cu brînză) ; grişul sau orezul ca desert, fiert cu apă ca şi cînd ar fi cu lapte, cu zahăr, vanilie ; mîncare de orez, fără ceapă şi fiert în apă (carnea şi uleiul sau untul se adaugă în farfurie) ; brînză dulce (caş) de oaie sau de vacă (pînă la 1/2 kg pe zi) ; ouă moi 2—3/zi (oul se ţine 3 minute în apă clocotită) ; carne slabă de orice fel, curăţită de grăsime şi piele (pielea cărnii de pasăre), fiartă sau grătar (pînă la 1/2 kg pe zi) ; şuncă presată, aleasă de grăsime, parizer, polonez, crenvurşti ; cartofi fierţi, copţi în coaje, cu unt-ulei, piureu de cartofi (cu rîntaş puţin sau fără rîntaş), musaca de cartofi franţuzeşti ; unt-ulei pînă la 50—60 g/zi ; ceai de tei, mentă, muşeţel (slab îndulcit) ; supe strecurate de zarzavat : apă în care a fiert zarzavatul, cu orez, griş sau fidea şi se fierbe

Scanned with OKEN Scanner

din nou după care i se adaugă o linguriță de unt în farfurie ; sucuri de compot (slab îndulcite) strecurate și numai proaspăt preparate ; sucuri crude de fructe ; lămîie, portocale, grappefruit, măr, cireșe, vișine etc. slab îndulcite și subțiate cu apă.

**Terapia medicamentoasă** tinde să devină patogenetică și fiziopatologică în locul celei dominant simptomatice. În gastrita superficială se recurge la o terapie ce vizează mecanismele secreției acide (extrinseci și intrinseci) : anticolinergice (extract beladonă, atropină, Probantin, izopropamidă) ; medicație tranchilizantă psihotonă (Sulpiride, Diazepam) ; enzimatică (acetazolamide, antipepsinice — Depepsen) și hormonală (secretină, gastronă, antigastrinice — Proglumide). Se adaugă terapia de „protecție" a mucoasei (pansamentele și mucosecretantele : Hidroxid de Al și subnitrat de Bi, Carbonoxolona și Oxiferiscorbona).

Se mai prescrie medicație ce vizează scăderea sensibilității interoceptive (soluție de novocainã, xilină, cocainã, codeină) ; inhibitori ai receptorilor $H_2$ (metiamidă, cimentidină) și tamponarea acidității (alcaline, extract de liquiriția) ; antispastice (papaverină, scobutil). Prescrierea acestei medicații se face de la caz la caz. Practic, recurgem la Probantin (4×1 tabletă/zi, 7 zile, apoi 2×1 tabletă/zi 7 zile), Diazepam (2 tablete/zi a 2 mg), Lizadon sau Scobutil 2—3 tablete/zi și administrarea tot la patru ore a unui vîrf de cuțit dintr-un pansament (de ex. **Rp.** Na bicarbonic 20 g ; Ca carbonic ; Bi subnitric aa 15 g ; Mg usta 10 g ; Extr. Beladonă 0,15 g ; Hidroxid de Al 15 g ; Papaverină 0,40 g).

Important este ritmul circadian de administrare al acestei medicații : Probantin-ul cu o oră înaintea meselor principale și o tabletă seara la culcare, pansamentul gastric la 45 minute pînă la o oră după mese. În caz de dureri mai vii și grețuri se prescrie poțiunea : **Rp.** Novocainã, Fosfat de codeină aa 0,50 g/100 Ds. int. 3—5 ori o linguriță pe zi.

În gastrita interstițială și atrofică se recurge, de obicei, la un **tratament substitutiv** privind aciditatea și carențele secundare. Terapia acidă ni se pare exagerată întrucît poate duce la inhibiția mecanismului gastric de stimulare a aparatului secretor restant. De aceea, acidopepsul trebuie administrat în soluție diluată (1 tabletă la 100 ml apă, în timpul mesei) și cu intermitență. Mai logic este să se recurgă la medicația epitelizantă : vitamina A (3×2 drajeuri/zi, înaintea meselor) și, eventual, licviriție diglicirinizată (CAVED. S. 300 mg/zi, timp de șase săptămîni). Acolo unde suspectăm o amorsare imunologică a procesului de atrofie a mucoasei se va recurge la terapia imunodepresivă (prednison, cure

intermitente a 200—300 mg ; se începe cu 20 mg/zi). De asemenea, indicăm tratamentul marţial (parenteral : 2 fiole Fe polimaltozat/săptămînă, timp de şase-şapte săptămîni), care corectează nu numai anemia feriprivă secundară dar stimulează şi procesele oxidative celulare de la nivelul mucoasei. Adăugarea Trifermentului (cîte 1 drajeu/mese) contribuie la suplinirea deficitului exopancreatic prezent la anacizi. Dacă se asociază staza duodenală, se recurge la administrarea insulinei (10 u.i., s.c. cu 1/2 oră înaintea mesei de prînz), care stimulează şi secreţia clorhidrică vagală. Simptomatic, se vor combate eructaţiile şi flatulenţa (cărbune medicinal, cîte două tablete după mese ; Bourget), durerile (anestezină, procaină în soluţie cu acidol-pepsină), greaţa şi vărsăturile (emetiral, primperan). Tratamentul medicamentos se aplică cronic, intermitent în fazele manifeste clinic ale bolii.

De asemenea se apelează la **tratament creno-fizical.** Gastritele hiperacide beneficiază de cure termale cu ape alcaline : Bodoc, Covasna, Sîngeorz (Hebe), Slănic. Se adaugă aplicaţii de comprese (prişniţ), cataplasme calde (nămol), termoterapie (solux). În gastritele hipo- sau anacide se recomandă cure hidrominerale cu ape clorurosodice şi sulfuroase, carbogazoase : Borsec, Olăneşti, Călimăneşti precum şi aplicaţii locale de raze ultrascurte.

**Formele particulare de gastropatii** necesită terapie individualizată :

1) **Gastropatia cu pliuri gigante** (boala lui Ménétrier). Este un proces hiperplazic epitelioglandular al mucoasei gastrice (lipseşte procesul inflamator) ce se manifestă prin tulburări digestive de tip ulceros sau gastric, adeseori calmate prin administrarea de alcaline. Datorită exudaţiei proteinice la nivelul mucoasei gastrice se realizează o slăbire progresivă în greutate, pînă la aspect distrofic, cu edeme şi revărsate în seroase (hipoonichie). Tratamentul se rezumă la administrarea unei alimentaţii bogată în proteine ; după o reechilibrare nutritivă adecvată se poate practica gastrectomia totală.

2) **Hiperplazia antrală** (gastrinomul tip II Polak), caracterizată printr-o hiperplazie a celulelor de gastrină antrale, îmbracă aspectul clinic al unei dispepsii hiperstenice. Tratamentul vizează interferarea secreţiei gastrinice prin utilizarea antigastrinicelor (Proglumide) plus medicaţie de „tamponare" acidă. Dacă această terapie se dovedeşte ineficace, se va recurge la antrectomie.

3) **Gastrita de reflux,** predominant antrală cu extensie ulterioară la mucoasa fundică este realizată prin refluxul sucului duodenal (biliopancreatic) în cadrul dischineziilor duodenale cu brasaj.

Scanned with OKEN Scanner

Tratamentul vizează redresarea chineticii duodenale prin modificatorii de comportament Metoclopramida (Primperan, Reglan : 2 tablete/zi, la orele 7 și 11 dimineața).

**GASTRODUODENOSTOMIE.** Este anastomoza executată între stomac (antru) și porțiunea a doua a duodenului (fig. 26). Au fost imaginate mai multe variante tehnice. Această anastomoză este indicată ca o operație de drenaj gastric după vagotomia tronculară sau selectivă. Are avantajul față de gastrojejunostomie că nu exclude blocul duodenobiliopancreatic, este deci mai fiziologică. Demontarea sa, cînd situația o cere, este grevată de dificultăți tehnice.

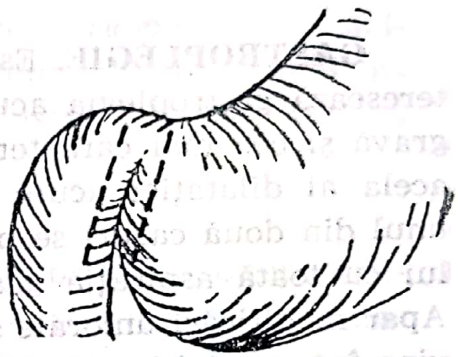


Fig. 26.

**GASTROJEJUNOSTOMIE.** Este o anastomoză creată între stomac și prima ansă jejunală (fig. 27). Au fost imaginate mai multe variante. Este utilizată (în mod excepțional singură) în tratamentul ulcerului duodenal (mai ales cel stenozat și nerezecabil) și ca intervenție de drenaj gastric însoțind vagotomia tronculară sau selectivă.

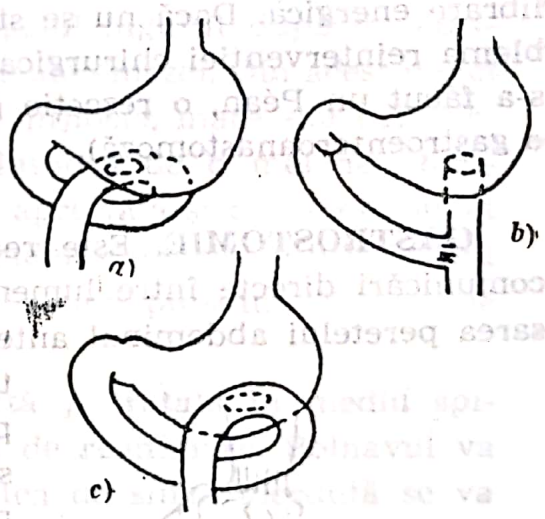



Fig. 27.

Cea mai frecvent utilizată variantă de gastrojejunostomie este cea transmezocolică posterioară (von Hacker) (a). Gastrojejunostomia în Y (à la Roux) (b), dă cele mai slabe rezultate și este foarte frecvent urmată de apariția unui ulcer peptic jejunal postoperator, pentru că exclude complet stoma de la scăldarea ei cu sucurile alcaline biliopancreatice. Acest defect dispare dacă i se asociază o vagotomie.

**GASTROILEOSTOMIE INADVERTENTĂ.** Este o anastomoză între stomac și o ansă ileală, realizată prin nerecunoașterea intraoperatorie a primei anse jejunale și confundarea ei cu o ansă ileală.

Scanned with OKEN Scanner

Este o eroare de tehnică cu consecinţe nutritive grave pentru cel operat. Apar precoce fenomene de maldigestie, malabsorbţie şi malnutriţie şi ele se intensifică rapid. Recunoaşterea acestei erori operatorii implică indicaţia de reintervenţie, care constă în demontarea anastomozei gastroileale, repararea organelor afectate şi tratarea chirurgicală corectă, dacă este cazul, a ulcerului gastric sau duodenal.

**GASTROPLEGIE.** Este paralizia musculaturii gastrice. Ne interesează gastroplegia acută cu hipersecreţie, complicaţia cea mai gravă şi cea mai caracteristică a vagotomiei. Tabloul seamănă cu acela al dilataţiei acute de stomac (vezi capitolul respectiv). În unul din două cazuri se produce degradarea progresivă a bolnavului cu toată aspiraţia gastrică şi reechilibrarea hidroelectrolitică. Apar modificări umorale şi electrolitice ireversibile şi moartea survine într-un tablou de hiperazotemie cu insuficienţă renală.

**Tratamentul profilactic** comportă o mai bună cunoaştere a semnelor de alarmă, reechilibrarea imediată prin perfuzii abundente şi cunoaşterea factorului predispozant : stenoza piloroduodenală ajunsă în stadiul de asistolie gastrică, cînd vagotomia e contraindicată. **Tratamentul curativ** constă în aspiraţie continuă şi reechilibrare energică. Dacă nu se stopează rapid evoluţia se pune problema reintervenţiei chirurgicale (o gastroenterostomie largă dacă s-a făcut un Péan, o rezecţie gastrică dacă prima operaţie a fost o gastroenteroanastomoză).

**GASTROSTOMIE.** Este realizarea pe cale operatorie a unei comunicări directe între lumenul gastric şi exterior, prin traversarea peretelui abdominal anterior. Are o indicaţie relativă : gastrostomia temporară pentru decomprimarea postoperatorie prelungită a stomacului, cînd aspiraţia continuă prin sonda nazogastrică este contraindicată (pentru că favorizează complicaţiile pulmonare postoperatorii la bătrîni). Are şi o indicaţie absolută : alimentarea bolnavului în situaţiile cînd tractul digestiv esocardial este inutilizabil dintr-o cauză patologică (esofagită acută, corpi străini, stricturi postcaustice, plăgi

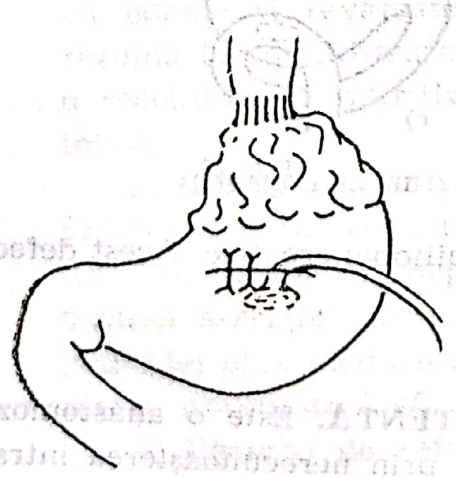


Fig. 28.

esofagiene, cancer de esofag sau de cardie, în mod excepţional cardiospasm sau diverticuli esofagieni (fig. 28). Gastrostomia are diferite variante de execuţie.

**GASTROTOMIE.** Este deschiderea intraoperatorie deliberată a stomacului cu scop de explorare pentru identificarea şi eventual tratarea unei leziuni (ulcer hemoragic, cancer incipient pentru biopsie, polipi gastrici) ; pentru determinarea intraoperatorie a aciditǎţii gastrice după diverse tipuri de vagotomie ; sau pentru îndepărtarea unor corpi străini intragastrici. Gastrotomia este urmată de gastrorafie în aceeaşi şedinţă operatorie.

**HEMATEMEZA.** Este eliminarea de sînge prin vomă, reprezentînd exteriorizarea unei hemoragii digestive superioare. Hematemeza debutează de obicei ca un accident brutal, prin expulzarea pe gură a unei cantităţi mai mici sau mai mari de sînge roşu sau negru digerat. Sîngele poate fi amestecat cu alimente sau se poate exterioriza la sfîrşitul vomei alimentare.

Din punct de vedere terapeutic sînt esenţiale cîteva constatări : 1) Recunoaşterea ca atare a hematemezei, ceea ce este uşor de făcut. O falsă hematemeză este vomarea sîngelui înghiţit după un epistaxis prelungit. 2) Aprecierea mărimii hematemezei. Din acest punct de vedere, hematemeza poate fi mică, mijlocie, mare sau cataclismică. O hematemeză mică poate fi însoţită de o melenă abundentă, deci pierderea volemică trebuie apreciată şi din acest punct de vedere. Hematemeza mijlocie şi abundentă (depăşind deci 500 ml sînge pierdut) se însoţeşte de modificări ale pulsului, T.A. şi de alte semne ale şocului hemoragic.

Orice hematemeză trebuie urmărită şi tratată în mediu spitalicesc, de preferinţă într-un serviciu de reanimare. Bolnavul va fi pus la pat şi supravegheat. Cantitatea de sînge pierdută se va aprecia prin aspiraţie. Aspiraţia gastrică permite de a controla în acelaşi timp oprirea sau continuarea hemoragiei în urma tratamentului. Se vor supraveghea, dinamic, pulsul şi T.A. Se instalează oxigenoterapie. Se începe administrarea de substanţe volemice, lichide cristaline, lichide macromoleculare şi, mai ales, sînge izogrup izo-Rh. Se urmăreşte oprirea spontană a hemoragiei sau, în caz contrar, hemostaza prin intervenţie chirurgicală (vezi „hemoragia digestivă superioară").

Scanned with OKEN Scanner

**HEMORAGIE DIGESTIVĂ SUPERIOARĂ (HDS).** Este hemoragia în esofag, stomac sau intestinul subțire superior exteriorizată ca hematemeză și melenă. Cu caracter terapeutic — orientativ, HDS se pot împărți în : 1) HDS ușoare (E 4 000 000—3 500 000 ; Hb 10—12 g ; Ht 35%. ; pierdere volemică sub 10%). 2) HDS medii (E 3 500 000—2 500 000 ; Hb 10—8 g ; Ht 35—25% ; pierdere volemică 25%). 3) HDS grave (E sub 2 500 000 ; Hb 8—5 g ; Ht sub 25% ; pierdere volemică peste 25%). Datele oferite de acești indici au valoare limitată, fiind cu dificultate interpretați în unele momente evolutive ale HDS. Astfel, în primele ore, din cauza intervenției unor mecanisme de adaptare, acești parametri pot fi normali, apoi valorile lor continuă să scadă încă mai multe zile după oprirea hemoragiei. De aceea, în aprecierea intensității HDS se va ține seama și de unele criterii clinice care exprimă amploarea și gravitatea acesteia : apatie sau agitație, sete intensă, paloare, transpirații reci, hipotensiune arterială cu lipotimii repetate, tahicardie, colaps.

În HDS ușoare (500—750 ml) nu apar tulburări fiziopatologice de tip hemodinamic care să inducă acuze clinice. Scăderea volemiei se corectează prin sîngele splenic și prin apa din interstiții. În HDS medii (750—1 250 ml) sau grave (pierdere a peste 25% din masa sanguină) intră în acțiune o serie de mecanisme compensatorii prin care organismul încearcă să facă față noilor condiții de existență : vasoconstricția sfincterelor precapilare în teritorii cu inervație simpatică bogată în alfareceptori (rinichi, ficat, intestin, tegumente) ; tahicardia ; splenocontracția. Toate aceste mecanisme, ca și alte reacții compensatorii care pot să mai apară (intensificarea hematopoezei, autoperfuzia cu lichid interstițial) contribuie la instalarea unei „redistribuții protectoare a lichidelor", menținînd hemoragia într-o fază compensată. Atunci cînd pierderea de sînge a fost mare și s-a produs brutal (peste 25% din volemie) sau cînd în caz de persistență a HDS nu s-a aplicat în timp util un tratament adecvat, mecanismele compensatorii sînt rapid depășite. În această fază a HDS, pe lîngă perturbări hemodinamice (scăderea tensiunii arteriale, colaps) survin și modificări de flux, vîscozitate și coagulabilitate în circulația terminală (fenomene de „sludging", „plasma skimming", coagulare diseminată intravasculară).

Precizarea substratului etiopatogenetic poate avea consecințe importante atît pentru rezolvarea imediată, de moment, a HDS cît și pentru perspectiva de viitor a unei orientări terapeutice cît mai raționale. Etapa diagnosticului etiopatogenetic este, uneori, extrem de dificilă, obligînd la o explorare clinică și de laborator

Scanned with OKEN Scanner

cît mai complexă. Dintre toate mijloacele de explorare, endoscopia esogastroduodenală poate fi apreciată ca „examenul-cheie" în HDS, permiţînd identificarea sursei acesteia în 90—95% din cazuri, cu condiţia să se aplice precoce şi să se aibă în vedere starea hemodinamică a bolnavului.

Dacă HDS uşoare, compensate, cu evoluţie benignă se rezolvă, în general, printr-o terapeutică vizînd, în primul rînd, asigurarea unei hemostaze eficiente, cele medii şi grave necesită măsuri complexe de reanimare prin care să se poată preveni apariţia unei evoluţii severe (şoc hemoragic decompensat). În plus, atît în faza compensată, cît şi, mai ales, în cea decompensată a HDS, va trebui să se intervină şi pentru corectarea perturbărilor fiziopatologice amintite mai sus.

Astfel, **măsurile terapeutice** în HDS medii şi grave se vor axa pe următoarele obiective : 1) Realizarea unei hemostaze eficace. 2) Refacerea volemică. 3) Combaterea unor tulburări circulatorii, metabolice şi endocrine.

**Hemostaza.** În aproximativ 50% din cazurile cu HDS nu se recurge la intervenţia chirurgicală. O bună parte se opreşte spontan. Mijloacele medicale cu acţiune hemostatică au indicaţii, mai ales, în următoarele circumstanţe : a) sindroame hemoragipare ; b) boli acute sau cronice cu risc major chirurgical (insuficienţă respiratorie acută ; septicemii ; stări comatoase ; arsuri ; insuficienţă renală acută sau cronică acutizată etc.) ; c) hemostază chirurgicală impracticabilă (gastrită hemoragică, varice esofagiene). Tratamentul se începe cu unele **măsuri igienodietetice** : a) repaus absolut la pat ; b) suprimarea alimentaţiei, eventual lichide reci (ceai, apă, lapte), cîteva linguriţe pentru combaterea senzaţiei de sete ; bucăţi mici de gheaţă ; dacă hemoragia persistă şi după 24 ore, aceste recomandări rămîn valabile încă cîteva zile ; c) dacă starea bolnavului permite, se va încerca aspiraţia sîngelui din stomac cu sondă obişnuită ; în plus, prin această manevră se poate aprecia atît persistenţa cît şi amploarea hemoragiei, permiţînd, în acelaşi timp, introducerea în stomac de lapte rece, picătură cu picătură (în medie 200 ml/24 ore, efect hemostatic).

Dintre **acţiunile clasice cu efect hemostatic** se pot încerca : a) pungă cu gheaţă pe abdomen (epigastru) ; b) Trombină uscată în apă şi administrată *per os* (de mai multe ori în 24 ore) ; c) calciu „per os" în prescripţii magistrale (asociat cu julep gomos, în medie 5 g/24 ore) sau sub formă de clorocalcin (20 picături de şase ori în 24 de ore). Există o gamă largă de substanţe injectabile cu acţiune hemostatică : gluconatul sau clorura de calciu

Scanned with OKEN Scanner

(i.m. sau i.v.) ; vitamina C (i.m. sau i.v.) ; vitamina $K_3$ (i.m.) sau vitamina $K_1$ (fitomenadionă, i.v.) ; Adrenostazin (i.m. sau i.v.) ; Venostat (i. m. sau s.c.) ; Trombină umană (s.c., 5—10 UM/kg greutate) ; soluție clorurosodică hipertonă (i.v.). Efect hemostatic se realizează și prin administrare de sînge integral, masă eritrocitară sau trombocitară. Tot în acest scop se mai poate recurge și la inhalarea de oxigen pe sondă nazală (40%) sau endotraheală (80%) care, în plus, are și acțiune antihipoxică și antidispneică. În ultima vreme s-au mai recomandat și alte mijloace medicale hemostatice : administrarea de corticosteroizi ; infiltrația nervului splahnic ; hipotensiune arterială controlată ; rahianestezie ; refrigerație gastrică.

Pe lîngă prescripțiile hemostatice cu caracter general există și aspecte terapeutice particulare impuse de unele condiții etiopatogenetice. Astfel, în hemoragia din ciroza hepatică arsenalul terapeutic mai poate fi completat cu următoarele : a) administrarea de extras de hipofiză posterioară (20 U în 200 ml ser glucozat izotonic), care se perfuzează în 30 de minute și, la nevoie, se poate repeta ; scade presiunea sanguină din circulația portală ; b) în caz de ruptură a varicelor esofagiene și cardiale se poate încerca oprirea hemoragiei prin introducerea de sonde speciale (vezi „sonda Sengstaken-Blakemore") ; c) în caz de deficit de fibrinogen (sinteză redusă sau hiperfibrinoliză) se încearcă perfuzarea i.v. de fibrinogen (2—8 g/24 ore) sau de acid epsilonaminocaproic (4—5 g în prima oră, pînă la 25—30 g/24 ore).

**Refacerea volemică** se poate realiza prin administrare de sînge sau prin administrare de substituienți de plasmă sau sînge, la care se poate asocia și prescrierea de soluții cristaloide.

a) **Transfuzia de sînge** reprezintă un element de bază în terapeutica șocului hemoragic. Este bine ca sîngele să fie izogrup și izo-Rh. Cînd viața bolnavului este amenințată, în lipsa sîngelui izogrup se poate folosi și sînge de donator universal. Transfuzia poate începe chiar la domiciliul bolnavului dacă există condiții de administrare (sînge izogrup sau O, Rh negativ, perfuzor etc.). Sîngele este necesar, în primul rînd, pentru compensarea pierderilor, menținerea volemiei, în continuare acestea putîndu-se face cu înlocuitori de sînge și plasmă și cu soluții cristaloide. Ritmul transfuziei va fi reglat în raport cu pierderea aproximativă de sînge, cu valorile tensionale și cu diureza. Este bine ca în primele 15 minute să se introducă 500—700 ml de sînge. Dacă șocatul nu răspunde la 1 000—1 500 ml sînge administrați rapid, atunci hemostaza chirurgicală devine obligatorie. În general, o cantitate

de 1 500—2 000 ml este suficientă pentru un deficit care nu depășește 25—30% din volemie.

b) **Înlocuitorii de sînge și plasmă.** Noțiunea de înlocuitor se referă numai la capacitatea acestora de a reface volemia. Aceste substanțe nu au valoare nutritivă, în schimb au avantajul că nu sînt grevate de riscurile transfuziei de sînge. Ele măresc volemia atît prin solventul care vehiculează substanțele respective cît și prin lichidul care vine din celule și interstiții ca urmare a presiunei oncotice exercitate de aceste substanțe. Pentru a se evita fenomenele de deshidratare extracelulară și celulară se recomandă să se administreze, concomitent, soluții cristaloide izo- sau hipotone. Substanțele folosite mai frecvent ca substituenți sînt următoarele : macrodexul (dextran 70), soluție 6% de dextran, greutate moleculară 70 000 ; reomacrodexul (dextran 40), soluție 10%, greutate moleculară 40 000 ; manitolul, o hexoză cu moleculă mică, crește volumul sanguin prin augmentarea osmolarității sîngelui, soluții 10—25% (hipertone) sau 5% (izotone). Dintre aceste substanțe, în HDS se recomandă în special reomacrodexul (dextran 40), care ar avea un efect mai bun asupra volemiei, deși în patul vascular persistă numai 3 ore. Doza totală, cît și viteza de perfuzie, trebuie adaptate stării clinice a bolnavului, valorilor tensionale și diurezei (minimum 800 ml/24 ore). Doza inițială de 500—1 000 ml se poate perfuza în 30—60 min, apoi în următoarele 24 de ore încă 500 ml ; ulterior, zilnic 500 ml (5 zile). El are și efect anti-sludge (reduce viscozitatea sîngelui, diminuă agregarea hematiilor, ameliorează microcirculația, lizează trombii vasculari).

c) **Soluții cristaloide.** Locul acestora este bine plasat în terapia șocului hemoragic ; completează transfuzia de sînge și previn deshidratarea interstițială și celulară. În plus, au efect anti-sludge (scăderea viscozității prin hemodiluție), tamponează acidoza (soluția Ringer-lactat), evită pneumonia obliterantă, asigurînd o perfuzie tisulară sporită. În practică se pot folosi următoarele soluții cristaloide : soluție fiziologică Ringer, soluție Ringer-lactat, soluție de glucoză (5%) sau soluția Hartmann. Soluția Ringer-lactat nu se recomandă în HDS de cauză hepatică.

**Combaterea unor tulburări circulatorii metabolice și endocrine** este o altă soluție terapeutică. Vasopresoarele se pot folosi atunci cînd nu dispunem de mijloace suficiente pentru corectarea pierderilor lichidiene și cînd încercăm să asigurăm securitatea transportului. Ele pot să amelioreze circulația cerebrală și coronariană, dar sînt grevate de unele riscuri majore : edem pulmonar acut

Scanned with OKEN Scanner

și oligoanurie. Se recomandă : fenilefrina (Neosynephrina) 2—5 mg i.v. sau 5—10 mg s.c., efectul se menține 15 min, se va controla TA (să nu depășească 120 mm Hg) ; Norartrinalul (noradrenalină) 4 mg în 1 000 ml ser fiziologic sau glucoză (2—5%), perfuzarea se realizează cu un ritm de 15—20 picături sub controlul repetat al TA.

Vasodilatatoarele se recomandă pentru îmbunătățirea perfuziei tisulare, în special în organele supuse vasoconstricției (deblochează sfincterul postcapilar) ; concomitent trebuie să se corecteze volemia ; sînt blocante ale alfa-receptorilor ; se recomandă : Rederginul 0,3 mg ; Dexopromazina 2—5 mg ; Fenoxibenzamina și Debenamina. Utilizarea lor este, însă, delicată.

Antiacidoticele își au indicație pentru combaterea acidozei metabolice, dezechilibru acido-bazic care poate să apară în HDS decompensată. Se recurge fie la soluția de bicarbonat de Na (44,6 mEq în 50 ml) care se perfuzează împreună cu un litru de glucoză 5%, fie la un tampon organic (THAM), care se administrează în soluție 0,3 molară, 1—2 ore ; dacă acidozei metabolice i se asociază o componentă gazoasă tratamentul se completează cu administrarea de oxigen.

Antibioticele se pot prescrie profilactic în HDS, la acești bolnavi existînd o susceptibilitate crescută față de infecții ; de aci și necesitatea efectuării unor examene culturale (sînge, nazofaringe etc.) pentru izolarea precoce a unor germeni patogeni.

**Intervenția chirurgicală** va fi practicată „de urgență", cu scop de hemostază, doar la hemoragiile mari care pun în pericol viața, chiar dacă diagnosticul etiologic al hemoragiei nu este clarificat. În asemenea cazuri, metodele de reanimare a bolnavului se vor institui paralel cu actul chirurgical. Grija principală va trebui să fie îndreptată spre cateterizarea unor vene de calibru suficient (cu cateter de polietilen introdus în vena cavă superioară prin vena subclavie sau vena jugulară) pentru transfuzarea unei cantități de sînge izogrup corespunzătoare necesităților și pentru controlul presiunii venoase centrale, ghid prețios al terapiei. Sub această acoperire și concomitent se va trece la actul chirurgical.

O hematemeză mijlocie, la un bolnav cunoscut, cu diagnostic clarificat anterior de ulcer gastroduodenal, mai ales dacă ea se repetă, are indicație de tratament chirurgical de urgență. Este de preferat rezecția gastrică de tip Péan (pentru localizarea gastrică) sau de tip Krönlein-Reichel-Polya (dacă ulcerul este duodenal) cu ridicarea ulcerului care sîngerează. Pentru ulcerele situate prea la dreapta (pe $D_2$) se poate recurge la rezecție gastrică cu sutura cra-

Scanned with OKEN Scanner

terului ulceros și anastomoză gastrojejunală, care să excludă duodenul din circuitul alimentar. La ulcerele înalte juxtacardiale, care nu pot fi ridicate de rezecție, se poate practica excizia ulcerului.

În situația că diagnosticul nu a fost precizat anterior iar examenul clinic se dovedește negativ se va încerca oprirea hemoragiei prin mijloace medicale, după care se va trece la explorarea bolnavului pentru stabilirea naturii și sediului leziunii. Două sînt situațiile cele mai frecvent întîlnite: a) hemoragia se datorează unui ulcer gastroduodenal și b) hemoragia se datorează unei hipertensiuni portale prin ciroză hepatică. În prima situație, rezecția gastrică va rezolva radical problema (modul de restabilire a continuității digestive fiind în funcție de sediul ulcerului). Pentru a doua situație, vezi „varice esofagiene".

**LAVAJ GASTRIC.** Este intubația stomacului în scopul golirii conținutului său și a spălării mucoasei gastrice. Se folosește tubul Faucher. Are indicații în intoxicații alimentare sau cu substanțe chimice, în dilatația gastrică acută și în pregătirea preoperatorie la intervențiile pe stomac pentru stenoză pilorică. Este contraindicat la bolnavii pulmonari gravi, la cardiovascularii decompensați, la casectici. În ulcerul gastric, în plină criză acută și în cancerul gastric spălătura poate duce la perforarea stomacului. Spălătura gastrică nu se face în intoxicațiile cu substanțe caustice, mai ales dacă au trecut trei ore de la ingestia lor. În sfîrșit, trebuie spus că lavajul este hazardat cînd este făcut pe un pacient inconștient, din cauza pericolului de aspirație traheobronșică. În acest caz, el trebuie să fie precedat de intubație endotraheală, cu umflarea balonului traheal, în intenția de a izola calea respiratorie de orice reflux gastric.

În cazul otrăvirilor se introduce imediat un tub larg și se începe o spălătură cu doi—trei litri de apă de robinet sau soluție salină fiziologică. În repetate rînduri trebuie injectate și scoase volume mici de lichid (100—200 ml). Volume mai mari supraîncarcă stomacul, cresc pericolul aspirației și favorizează relaxarea pilorului, rezultînd trecerea substanței toxice ingerate în intestinul subțire.

**PERFORAȚIE GASTRICA.** Este comunicarea cavității gastrice cu cavitatea peritoneală. Se poate întîlni în următoarele situații: 1) Consecință a procesului patologic de erodare și penetrare



Scanned with OKEN Scanner

a unui ulcer sau mai rar a unui cancer prin toate straturile stomacului cu realizarea unei comunicări între lumenul gastric și cavitatea peritoneală. 2) Posttraumatică : a) după contuzii abdominale și în acest caz comunică numai cu cavitatea peritoneală ; b) după plăgi penetrante abdominale cu leziune viscerală și în acest caz perforația gastrică comunică cu cavitatea peritoneală, iar aceasta cu exteriorul.

Orice perforație gastrică netratată evoluează de regulă spre peritonită și deces. În unele cazuri poate evolua spre o peritonită localizată (abces subhepatic sau subfrenic).

**Tratamentul** este **conservator** în situații excepționale (bolnav în stare gravă, cardiac decompensat, netransportabil etc.). Acest tratament este foarte greu de condus, necesită repetate examinări clinice și radiologice. El constă în aspirație gastrică continuă, hidratare parenterală, antibiotice, sedative (metoda Taylor). **Tratamentul chirurgical** se aplică în marea majoritate a cazurilor. Se execută : a) obturarea perforației gastrice prin sutură și epiplooplastie, dacă este vorba de o plagă punctiformă sau de o perforație pe ulcer acut la tînăr ; b) rezecția gastrică : pentru leziuni traumatice întinse sau pentru ulcere cu calozitate sau neoplasme perforate ; c) vagotomia tronculară sau selectivă asociată unei intervenții de drenaj gastric, cu sutura simplă sau excizia-sutură a perforației. Cauzele mortalității după operație (5—10%) sînt peritonita și complicațiile pulmonare. Vîrsta (mortalitatea crește important peste 60 de ani) și întîrzierea între momentul perforației și începerea tratamentului sînt cei mai importanți factori ai prognosticului.

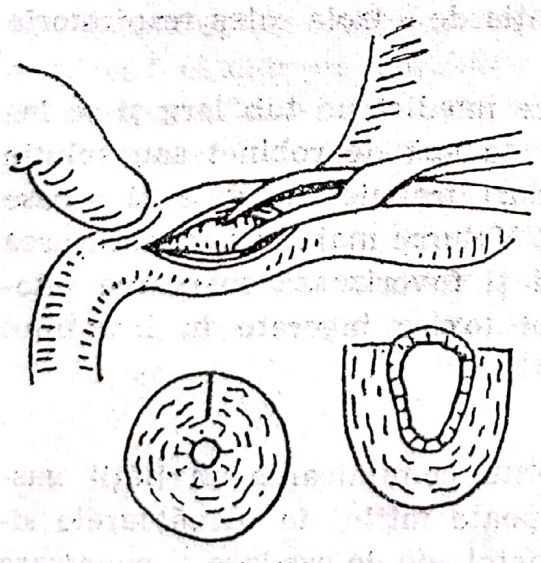


Fig. 29.

**PILOROMIOTOMIE FREDET-RAMSTEDT.** Este o operație indicată pentru cura stenozei hipertrofice de pilor a nou-născutului. Se execută după o pregătire preoperatorie minuțioasă : lavaje de stomac (pentru a lupta contra stazei, distensiei și infecției), rehidratare pe cale subcutanată și intravenoasă (dar nu cu soluție salină fiziologică pentru că există pericol de edem pulmonar acut), antispasmodice, vita-

minizare, antibiotice (dacă sînt semne de gastrită). Operaţia constă în pilorotomie extramucoasă longitudinală, prelungită pe stomac în aşa fel ca mucoasa să hernieze net dintre buzele inciziei (fig 29). Pronosticul este excelent, mortalitatea nulă. Complicaţii : peritonită prin perforaţie duodenală, eviscerație, recidive ; se datoresc unui defect de tehnică.

**PILOROPLASTIE.** Este o intervenţie practicată pe pilor, avînd ca obiectiv lărgirea comunicării dintre stomac şi duoden prin modificarea calibrului pilorului, Piloroplastia este indicată în pilorospasmul copiilor şi ca intervenţie de drenaj gastric care însoţeşte vagotomia tronculară sau selectivă în tratamentul ulcerului gastroduodenal. În această a două indicaţie piloroplastia se execută cu îndepărtarea concomitentă a ulcerului. Au fost imaginate diferite tehnici de piloroplastie (fig. 30).

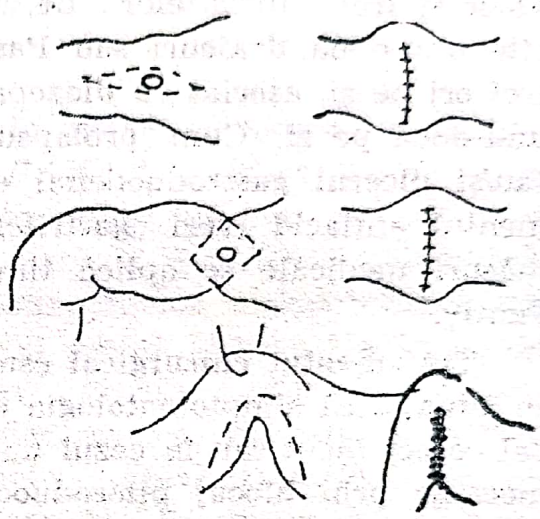


Fig. 30.

**PROLAPSUL MUCOASEI GASTRICE.** Este o afecţiune benignă caracterizată prin o mucoasă mai laxă, hipermobilă, cu pliuri lungi plisabile, care ca urmare a peristaltismului gastric foarte activ se poate învagina în pilor şi duoden. Este favorizată de inflamaţia cronică, de prezenţa unui edem submucos sau a ulcerului duodenal şi survine la vîrsta de 30—60 ani, cu predominanţă masculină.

Manifestarea clinică este polimorfă : jenă epigastrică, fără periodicitate, agravată de alimentaţie, însoţită uneori de greaţă, senzaţie de distensie şi regurgitări. Poate fi şi asimptomatic sau să coexiste cu un ulcer duodenal. Nu rareori produce hemoragie cînd există şi anemie, după cum se poate complica şi cu ulcerare, transformare malignă, obstrucţie pilorică. Diagnosticul are nevoie să fie confirmat de examenul radiologic, care arată imagine caracteristică „în umbreală" sau „în ciupercă", cu pliurile mucoasei gastrice hipertrofiate şi vizibile de la antru pînă în bulb.

Afecţiunea este mai frecventă decît ne închipuim. Este, de obicei, urmarea (sau asociată) gastritelor, ulcerului gastroduodenal.

Scanned with OKEN Scanner

De aceea, tratamentul corect al acestor ultime afecțiuni reprezintă și profilaxia prolapsului mucos gastric.

**Tratamentul curativ** în forma necomplicată constă în măsuri **medicale.** Acestea sînt : evitarea condițiilor stressante și măsuri igienodietetice. Alimentele vor fi bine masticate, luate în cantități mici, în mese mai frecvente (cinci-șase/zi) și neexcitosecretorii. Vor fi excluse alimentele acide, condimentele, crudițățile (mai ales dacă este asociat ulcerul), conservele și orice aliment intolerant. Medicamentos, vom acorda importanță administrării sedativelor și tranchilizantelor : Bergofen, Extraveral de trei ori pe zi, cîte unu-două drajeuri sau Pasinal una-două linguriță de două-trei ori pe zi, asociat cu diazepam (Valium) à 10 mg, comprimate, unu-două pe zi. Cum prolapsul este asociat adesea cu gastrita sau/și ulcerul gastroduodenal este indicat în principiu și tratamentul antiacid (vezi „gastritele" și „ulcerul duodenal"). Aceste măsuri medicale se aplică timp îndelungat, avînd și scop preventiv.

**Tratamentul chirurgical** este utilizat în mod excepțional doar în situația că simptomatologia e rezistentă la un tratament medical corect făcut sau în cazul unei complicații (hemoragie, accident mecanic prin blocaj piloroduodenal) sau, în fine, în cazul unei leziuni asociate (ulcer, polip gastric).

**PTOZA VISCERALĂ** (gastrică). Este situația în care stomacul alungit peste dimensiunile sale obișnuite și cu mezouri foarte lungi depășește loja gastrică și coboară pînă la/sau sub nivelul crestelor iliace, fără să existe un obstacol piloric sau duodenal. Condiții favorizante pentru gastroptoză sînt tipul constituțional (longilin astenic) și slăbirea pronunțată în greutate.

Fig. 31.

**Tratament conservator :** gimnastică, mai ales abdominală pentru tonificarea presei abdominale ; refacere ponderală pînă la cea corespunzătoare înălțimii și vîrstei. **Tratament chirurgical :** au fost imaginate diferite tehnici de gastropexie ; rezultatele sînt mediocre (fig. 31).

Scanned with OKEN Scanner

**POLIPOZA GASTRICĂ.** Este o afecțiune degenerativă caracterizată prin apariția unor polipi izolați sau multiplii pe diferite segmente ale tractului gastrointestinal. Polipii cu localizare gastrică sînt de obicei izolați, mai rar întîlnim polipoza gastrică generalizată. Are un mare potențial de malignizare.

Polipii gastrici izolați diagnosticați au **indicație chirurgicală** din cauza riscului malignizării. Se execută excizia murală în toată grosimea peretelui sau rezecția gastrică parțială (depinde de caracterul tumorii și de raționamentul chirurgului). Polipoza gastrică generalizată trebuie dispensarizată și se indică intervenția chirurgicală (gastrectomia lărgită sau totală) la cel mai mic semn de malignizare.

**PROFILUL SECRETOR LA ULCEROȘI.** Tratamentul chirurgical al ulcerului gastroduodenal (UGD) trebuie să răspundă la două deziderate majore: 1) O intervenție cît mai fiziologică și cît mai puțin mutilantă, dar cu o solidă justificare patogenică. 2) O reducere la maximum a consecințelor fiziopatologice ale intervenției operatorii. Dar, chiar și astăzi alegerea metodei de operație este o problemă subiectivă, oarecum speculativă, dat fiind faptul că lipsesc criteriile obiective care să arate de o manieră indiscutabilă superioritatea uneia dintre soluțiile alese. Nu există un studiu prospectiv, randomizat, demonstrativ care să compare rezultatele rezecției cu cele ale vagotomiei. De aici, multiplele controverse existente în lumea medicală, afirmîndu-se că problema rămîne deschisă cu privire la eficiența metodelor operatorii.

În acest context sînt explicabile încercările de stabilire a unor criterii cît mai obiective în alegerea tipului de intervenție chirurgicală. Studiul secreției gastrice stimulate pare să ofere unele perspective.

Este cunoscut faptul că **testul histaminic maxim** (Kay) se adresează masei celulare parietale, în timp ce **testul insulinic** (Hollander) interferează mecanismul vagal al secreției. Rezultatele obținute referitor la secreția clorhidrică a ulceroșilor relevă existența unor factori patogeni diferiți: 1) În primul tip, la care secreția histaminică este superioară celei insulinice, pe prim plan s-ar situa existența unei mase celulare parietale crescută, genetic indusă; pentru aceasta pledează și frecvența factorului genetic în antecedentele acestor pacienți. 2) La cel de al doilea tip, cu secreție insulinică superioară celei histaminice, mecanismul vagal

Scanned with OKEN Scanner

pare a fi predominant în patogeneza ulcerului ; de altfel, la aceste cazuri tubajul nocturn relevă o stare dissecretorie cu valori mari ale acidității libere, sugestivă pentru o stare de hipertonie vagală.

Se impune, deci, o explorare secretorie complexă preoperatorie la pacienții ulceroși, cu efectuarea celor trei teste : histaminic maximal (0,04 mg/kg corp), insulinic (0,2 U/kg corp) și **tubajul nocturn.** Exprimarea grafică a curbelor acidității, ca și compararea parametrilor acesteia (debit clorhidric, concentrație clorhidrică) ne pot oferi relații asupra tipului secretor.

Se constată necesitatea adoptării unei atitudini diferențiate în ceea ce privește indicația tipului de intervenție chirurgicală la pacienții ulceroși. Astfel, la **tipul I** (parietocelular cu debit clorhidric histaminic superior celui insulinic, în general peste 30—40 mEq/l) rezecția ar constitui operația de elecție, în timp ce **tipul II** (neurovagal, cu debit clorhidric insulinic superior celui histaminic, în medie 25—35 mEq/l) ar beneficia de vagotomie (selectivă sau supraselectivă) cu sau fără operație de drenaj. O atitudine eclectică trebuie adoptată față de **tipul secretor III** (mixt, parietovagal), în care vagotomia cu antrectomie ar putea oferi rezultatele cele mai bune. Prin adoptarea acestei atitudini diferențiate s-ar putea reduce la maximum recidiva ulceroasă.

**REFRIGERAȚIE GASTRICĂ** (hipotermie gastrică). Metodă de hemostază în cursul hemoragiilor gastroduodenale, a fost propusă de D. H. Wangensteen în 1958. Constă în refrigerația moderată a stomacului (la +5 °C) cu ajutorul unei instalații speciale. Are indicații în hemoragia de origine ulceroasă sigură, unde hemostaza se obține destul de rapid și unde se va interveni secundar în condiții bune. De asemenea, mai este indicată pentru a opri hemoragia de origine gastroduodenală la care nu s-a putut stabili cauza exactă : ulcere după corticoterapie, ulcere de „stress", după care se intervine repede pentru că hemoragia recidivează ; în gastritele hemoragice ; în localizările gastroduodenale ale bolilor hemoragice diverse. Complicații : ruptura esofagului sau a stomacului, bronhopneumonii.

**REZECȚIE GASTRICĂ** (vezi „Billroth II" „gastrectomie").

**SINDROM DE DENUTRIȚIE (CARENȚIAL) AL OPERATULUI DE STOMAC.** Este răsunetul operației de stomac asupra stării de nutriție, o consecință a aclorhidriei, a scoaterii duodenului din circuitul digestiv, al insuficientei utilizări a fermenților

Scanned with OKEN Scanner

biliopancreaticoenterali prin asincronismul tranzitului alimentelor și al deversării acestora la nivelul intestinului, ceea ce realizează maldigestie și malabsorbție complexă. Este mai frecvent după gastrectomia de tip Reichel-Polya și mai rar după cea de tip Péan.

Mult timp manifestarea clinică poate fi latentă cînd se traduce doar prin pierderea în forță fizică și scăderea serinelor plasmatice. Semnul cel mai comun este pierderea ponderală, care poate fi moderată (patru-cinci kg) sau severă, cînd de obicei se însoțește și de diaree, carențe multiple și complexe : hipoprotidemie cu hiposerinemie, anemie hipocromă sau normocromă, carențe vitaminice (ariboflavinoză, manifestări pelagroide), manifestări osoase etc. În forma gravă apar și tulburări ale fanerelor, purpură, edeme etc. și, mai rar, polinevrite.

Sindromul de denutriție fiind cel mai grav dintre suferințele stomacului operat și necesitînd tratament complex și îndelungat trebuie să se bucure de o atenție deosebită.

**Tratamentul profilactic** constă în depistarea preoperatorie a existenței unei suferințe ce se însoțește de denutriție (enterocolopatii cronice, suferință hepatică cronică, alcoolism, tuberculoză pulmonară) sau a condițiilor de maldigestie (dantură deficitară) și tratarea lor în mod susținut. Este necesar apoi ca orice bolnav cu indicație operatorie să fie pregătit preoperator atent, corectîndu-i-se orice carență (proteică, lipidică, vitaminică etc.). De mare importanță este să se ia în considerare, în alegerea metodei chirurgicale ce se va executa, starea de nutriție, posibilitățile de digestie a bolnavului ca și posibilitatea de a respecta în continuare un regim alimentar adecvat (profesiune, posibilități economice), deci nevoia individualizării alegerii metodei. În acest sens, la cei cu deficiențe de digestie-absorbție se preferă metodele chirurgicale ce păstrează duodenul în circuitul digestiv (tip Péan, vagotomie etc.).

După intervenția chirurgicală vom fi atenți să asigurăm un **repaus prelungit** (două-trei luni) și un **regim alimentar** suficient de caloric și reprezentat de toți principii alimentari, fiind predominant proteic (proteine ușor digestibile și asimilabile : brînză de vaci, albuș de ou, carne albă tînără etc.) ; mesele vor fi cantitativ mici, dar mai frecvente (șase-opt/zi), alimentele fiind bine masticate. Se va avea în vedere și nevoia de a combate deficiențele digestive rezultate din metoda chirurgicală executată, deci administrarea de fermenți digestivi în timpul meselor principale,

Scanned with OKEN Scanner

preparate de pancreas, enzime : Trizim, Triferment etc. de trei-patru ori cîte două drajeuri, care se indică pe perioade lungi. Recomandăm bolnavilor, intermitent, cure de șase-opt săptămîni de acid clorhidric-pepsină (acidopeps), de preparate de fier, de vitamine (C și mai ales grupul B). Un efect bun pot avea și curele hidrominerale în stațiunile Sîngeorz, Călimănești, Olănești etc.

**Tratamentul curativ** este complex și necesită multă perseverență, rezultatele nefiind totdeauna cele scontate. Se începe cu menținerea îndelungată în **repaus complet** a acestor bolnavi (de preferat în mediu spitalicesc). **Regimul alimentar** va fi hipercaloric și hiperprotidic, introdus progresiv, servit în mese frecvente (șase—opt/zi) și în cantități mici. Pentru a se ameliora defectul de digestie, rezultat din asincronismul și decalajul dintre trecerea bolului alimentar prin intestin și deversarea secrețiilor biliopancreatice (acestea „le urmează fără a le ajunge din urmă"), se indică consumul înaintea mesei a unui aliment gras (frișcă etc.), care ar declanșa secreția de suc biliopancreatic sau administrarea de acid clorhidric-pepsină. Alimentele recomandate vor fi cu mare valoare plastică și ușor digestibile : carne albă tînără, ouă, brînză de vaci etc., apoi supe concentrate de carne, lapte praf înglobat în pireuri de legume, gelatină etc. Laptele se suportă mai greu și este indicat între mese, în cantități mici (eventual asociat cu calciu carbonic — antialergic). Grăsimile și hidrații de carbon se cresc progresiv și foarte atent, la fel lichidele. Orice aliment intolerant se exclude.

În formele cu anorexie, astenie și denutriție severă alimentația se face pe sondă nazală, picătură cu picătură (la un ritm de 40—50 picături/minut). Se introduce un amestec de supă de carne, lapte praf, ouă, făină de malț, griș, zahăr etc., rația calorică crescînd progresiv. Se trece a alimentație solidă atunci cînd apetitul revine și starea bolnavului permite o masticație suficientă.

În formele grave se recurge la alimentația parenterală, bolnavii fiind internați în servicii de specialitate (soluție de glucoză-fructoză, lipide cu lanțuri mijlocii, sînge, plasmă, hidrolizat de acizi aminați etc.). Acest gen de alimentație necesită o echilibrare și o supraveghere foarte competente.

Regimul alimentar este completat cu o serie de **măsuri medicamentoase** ce vizează mai multe scopuri. Între acestea de menționat este medicația stimulantă a apetitului și implicit creșterea astfel a aportului extern. Aceasta constă în insulinoterapie, administrînd de două-trei ori pe zi cîte 5—10 u înaintea meselor

Scanned with OKEN Scanner

principale. Se mai poate încerca administrarea izoniazidei (300 mg/zi), a cortizonului (5—10 mg prednison). Pozitivarea bilanţului asociat şi fosfocalcic este favorizată de administrarea medicaţiei anabolizante ca steroizii anabolizanţi fără efect virilizant: Madiol (methandriol) una-două fiole/zi i.m., Decadurabolin (nandrolone), (decanoat) o fiolă la două-trei săptămîni, i.m. Clortestosteron acetat (steranabol) una-două fiole pe zi i.m. (administrarea orală are efect mai incert), ca şi de vitaminoterapie (vitamina C, complexul B, vitaminele $B_{12}$, $B_1$, PP).

Deficitul de digestie se suplineşte prin asigurarea unei masticaţii suficiente şi prin administrarea intermitentă de acid clorhidric-pepsină (Acidopeps), de preparate de pancreas (extracte, praf liofilizat sau crud în capsule amilacee), de enzime (Triferment, Trizim, Mezim etc.). Deficitul de absorbţie se tratează prin combaterea cauzelor ce l-au produs (dumping, componentă enterocolitică, sindromul de ansă aferentă, ansă oarbă cu populare microbiană) (vezi capitolele respective). Deficitul (carenţa) de fier (anemia feriprivă) se combate prin administrarea de preparate de fier anorganic, de preferat săruri feroase pe cale orală. La cei ce nu suportă fierul pe cale orală (produce diaree) se prescrie calea intramusculară sau intravenoasă (vezi „aclorhidria"). Cînd anemia este macrocitară (sau megaloblastică, rezistentă la vitamina $B_{12}$) sînt indicate acidul folic (3—5 drajeuri pe zi à 5 mg, apoi 1—2 drajeuri pe zi ca doză de întreţinere), respectiv vitamina $B_{12}$ în caz de anemie megaloblastică. De ţinut cont că unele anemii, cele cu sindrom de ansă oarbă, ansă aferentă se remit prin administrarea de antibacteriene cu acţiune intestinală (vezi şi „aclorhidria"). Cînd tratamentul medical bine condus şi aplicat timp suficient nu dă rezultate se recurge la **reintervenţie chirurgicală.** Ea constă în reconversiune sau reincludere a duodenului, pentru că scurtcircuitarea laboratorului duodenal este cauza acestor tulburări. Totuşi, indicaţia unei reconversiuni pentru tulburări nutritive trebuie să rămînă excepţională.

**SINDROM DUMPING** (post prandial precoce) şi **SINDROM HIPOGLICEMIC** (post prandial tardiv). Prin sindrom dumping înţelegem grupul de simptome pe care le acuză bolnavul operat de stomac, datorită evacuării precipitate a bontului şi inundării masive a intestinului proximal de un conţinut lichidian, hiperosmolar de obicei, survenind mai ales după mese mai abundente şi cu conţinut bogat în hidraţi de carbon (dulciuri concentrate). În acest caz, urmează un aflux de lichid în intestin pentru a dilua

Scanned with OKEN Scanner

hiperosmolaritatea. Se produc distensia anselor jejunale și tulburări de repartiție a masei sanguine. Este cea mai frecventă suferință a stomacului operat, prezentîndu-se în grade variate de intensitate. Se întîlnește aproape în aceeași proporție după rezecția cu anastomoză Krönlein-Reichel-Polya, după rezecția cu anastomoză Péan, ca și după vagotomia asociată cu gastroenteroanastomoză.

Acuzele apar de obicei postalimentar în primele 10—15 minute și sînt atît de ordin abdominal : jenă cu borborisme, uneori diaree cît și de ordin general : transpirații, ameteli (forțînd bolnavul să ia poziția culcată), tulburări de vedere, paloare, roșeața feței, tahicardie, tremurături, acuze care apar mai ales după consum de lapte, dulciuri concentrate, grăsimi și la poziția ortostatică, amendîndu-se la poziția culcată.

În sindromul hipoglicemic acuzele apar la 3—6 ore după alimentare și se traduc prin senzația imperioasă de foame cu astenie, stare de rău, nervozitate, tendință sincopală, dispărînd la ingerare de zahăr. Este rezultatul unui hiperinsulinism funcțional, favorizat de fondul neurovegetativ și de inflamația mucoasei jejunale (jejunită).

**Tratamentul profilactic** constă în depistarea preoperatorie a „candidaților" la această suferință prin examenul baritat făcut în soluție hipertonă de glucoză și în indicarea metodei chirurgicale care dă cel mai puțin asemenea urmări, dacă condițiile locale permit (gastrectomia cu anastomoză Péan-Billroth I).

**Tratamentul curativ** de bază îl constituie **igiena alimentară** prin care se urmărește întîrzierea evacuării precipitate a bontului gastric. Se recomandă mese mici, frecvente (cinci-șase/zi), alimentele fiind bine masticate, cu menținerea poziției culcate (clinodigestie) după fiecare alimentare timp de 30 minute. Regimul alimentar va fi apoi bogat în proteine și în grăsimi ușor absorbabile (unt), excluzînd dulciurile concentrate și în formă lichidă, grăsimile de proastă calitate, laptele dulce, lichidele și supele reci și băuturile alcoolice. Putem să încercăm și să obținem încetinirea evacuării bontului gastric și ritmicizarea funcției sale și pe **cale medicamentoasă** : administrarea de acid clorhidric înaintea meselor (Acidopeps), 1—2 linguriță (vezi „aclorhidria").

Pentru temperarea interorecepției intestinale care răspunde de o mare parte a simptomatologiei se indică 1—2 linguri din soluția novocaină 1% sau xilină 2%, eventual asociind și anestezină, înainte de mîncare cu 10—15 minute.

Scanned with OKEN Scanner

Pentru ameliorarea sindromului hipovolemic și neurovegetativ se recomandă evitarea soluțiilor hipertone și administrarea a cîte unui praf din următoarea combinație (I. Hațieganu) : **Rp.** Efedrină 0,02 g ; Extract de Beladonă 0,01 g ; Luminal 0,02 g sau preparate de tip Banthină (efect incert). Sedativele pot influența favorabil starea bolnavului. În caz de existență a modificărilor mucoasei jejunale (jejunită), cînd poate să apară și diaree, se indică înaintea meselor principale luarea unei linguriță dintr-o combinație de săruri de bismut (carbonat, subnitrat) și calciu (carbonat), în părți egale. Pentru a modifica disbacteria ce poate exista sînt indicate antibacteriene cu acțiune intestinală (vezi și „aclorhidria", „enteropatia") în cure de șase-opt zile.

Dacă bolnavul prezintă fenomene hipoglicemice, poate lua una-două bucăți de zahăr, iar între pusee va evita alimentația bogată în hidrați de carbon. Regimul alimentar va fi bogat proteic, luat fracționat. La cei cu carență proteică, cu anemie se indică transfuzii de sînge, plasmă, albumină umană, hidrolizate de proteină, vitamine etc. La cei cu tulburări hidroelectrolitice (hipopotasemie) se prescrie reechilibrare pe cale intravenoasă (vezi și „sindromul de denutriție"). Aceste măsuri se aplică și se respectă în primele șase-opt luni și de către operatul fără acuze subiective.

În formele rebele la tratament, cu alterarea marcată a stării generale și tulburări digestive accentuate se indică **reintervenția chirurgicală.** Se poate practica, cu rezultate deseori bune, reconversiunea anastomozei Krönlein-Reichel-Polya într-o anastomoză Péan prin diferite procedee (procedeul Soupault-Bacaille este cel mai cunoscut). Dar, decizia pentru reintervenție nu se va lua decît după epuizarea tuturor resurselor terapeutice conservatorii și după studiul amănunțit al secreției și acidității gastrice și, mai ales, a tipului secretor.

**SINDROM MALLORY-WEISS.** Este o leziune a segmentului esofagogastric, cauză frecventă de hemoragie digestivă superioară. Din punct de vedere morfologic este caracterizat prin o fisură longitudinală a mucoasei, predominantă în segmentul gastric, care survine pe un teren fragilizat, favorizant : etilism, consum de medicamente iritante ale mucoasei gastrice (antiinflamatoare), ciroză hepatică, hernie hiatală etc. și în momente cînd crește brutal presiunea intraabdominală : accese de tusă, de vomă, consum exagerat de alimente, explorări endoscopice etc. Hemoragia nu este mare și nici de durată lungă și are caracter recidivant. Diagnosticul clinic

Scanned with OKEN Scanner

este doar de suspiciune, examenul radiologic dă relații incerte și numai endoscopia (esogastroscopia) făcută în faza precoce a hemoragiei certifică diagnosticul : fisură lineară în axul longitudinal esogastric, predominant pe mucoasa gastrică (uneori este numai gastrică), cu sau fără coagul aderent. De subliniat că în 30—40% din cazuri pot fi și leziuni asociate (varice esofagiene, ulcerații superficiale, ulcer gastroduodenal, gastrită hemoragică), cînd numai endoscopia precoce poate afirma leziunea responsabilă de sîngerare.

**Tratamentul** constă în corectarea spolierii sanguine prin transfuzii, administrarea de antiemetizante : Emetiral, supozitoare à 25 mg, unu-două pe zi, clopramidă (Primperan, Reglan) i.m. sau i.v., fiole à 10 mg. Nu sînt indicate perfuziile intravenoase cu posthipofiză. Sîntem atenți cu aspirația gastrică și tamponamentul cu sonda Sengstaken-Blackmore care pot deplasa coagulul și mări fisura, întîrziind astfel cicatrizarea. În general, hemoragia cedează spontan. Dacă hemoragia este mare, situație excepțional de rară, se indică **tratamentul chirurgical.** Leziunea se descoperă prin gastrotomie exploratorie. Dacă este limitată și superficială, se face o sutură cu fire în X sau în surjet a suprafeței sîngerînde. Eventual se adaugă și alte gesturi complementare : repunerea cardiei în unghi normal, rezolvarea herniei hiatale sau a unui eventual ulcer (vagotomie). Leziunile profunde, mai largi și intens hemoragice pot pretinde rezecția gastrică limitată.

**SINDROM POSTVAGOTOMIE.** Ca și la stomacul operat și aici este valabilă concepția că nu se încadrează în sindromul postvagotomie suferințele preexistente sau cele ce apar după vagotomie și care nu au nimic comun cu intervenția chirurgicală propriu-zisă. Se consideră ca făcînd parte din acest sindrom doar suferințele ce sînt consecință directă sau indirectă a secționării și deci a suprimării funcției vagului. De subliniat este și faptul că unele suferințe sînt exclusiv legate de sistemul de drenaj gastric asociat vagotomiei : drenaj insuficient sau rău plasat sau, din contră, evacuare precipitată, bont gastric mic etc. (vezi „sindromul de nefuncționare a gurei de anastomoză", „sindromul stomacului mic", „sindromul dumping", cum este cazul după antrectomie sau rezecție gastrică) sau sînt legate de realizarea unei anaciditați gastrice complete cu consecințele respective (vezi „aclorhidria").

În special vagotomia tronculară bilaterală are o serie de consecințe. La nivelul stomacului ele sînt fie secretorii : scăderea aciditații gastrice bazale și nocturne, fie motorii : dispariția tonusului

gastric cu distensie şi stază gastrică. La nivelul intestinului subţire proximal apare distensie mergînd pînă la ileus paralitic (asociat cu distensia acută gastrică realizînd sindromul de visceroplegie abdominală) şi frecvent diaree, vagotomia avînd rol mai ales predispozant, determinantă fiind atrofia vilozitară consecutivă acesteia ca şi invadarea microbiană. Pancreasul şi căile biliare suferă mai ales prin dissinergiile ce apar, realizîndu-se atonie de colecist, iar mai tîrziu calculoză ; scad enzimele pancreatice. Se mai citează, rar, disfagie, tulburări de ritm cardiac (prin distensia gastrică), pusee de hipertensiune arterială, ulcer peptic.

**Profilaxia** acestor complicaţii constă într-o atenta analiză a cazurilor cărora se indică vagotomia. Se contraindică astfel la cei cu suferinţă enterocolitică, diareicii, nu se recurge la antibioterapia de protecţie preoperator etc. Alţi autori preferă o vagotomie selectivă pentru că ea respectă ramurile vagului destinate intestinului şi căilor biliare. În ultimul timp prinde teren vagotomia supraselectivă, intervenţie cu confort postoperator bun şi care secţionează din ramurile gastrice doar pe cele ce merg la zona secretorie.

**Tratament curativ.** În caz de distensie gastrică se face aspiraţie (bucală sau nazală) pînă la degajarea bolnavului. Ileusul paralitic se influenţează prin perfuzii cu Prostigmină două-trei fiole în 500 ml soluţie fiziologică (vezi capitolele respective).

Diareele sînt mai severe în primele zile, dar tind să se amelioreze spontan şi să dispară în cîteva săptămîni ; consecinţa lor, tulburările hidroelectrolitice şi biologice, se influenţează prin reechilibrarea corespunzătoare (terapie intensivă).

În caz de apariţia ulcerului gastric, complicaţie gravă dar rară după vagotomie, se recurge la gastrectomia secundară, 3/4.

**SINDROM AL STOMACULUI MIC** (microgastrie). Este tulburarea ce apare ca urmare a reducerii prin operaţie a funcţiei de rezervor a stomacului, mai ales după gastrectomiile întinse şi în primele luni, deci în perioada de adaptare a tubului digestiv la noua situaţie anatomică creată. Manifestarea clinică este dominată de senzaţii de plenitudine, de tensiune epigastrică, însoţite uneori de senzaţia de greaţă şi vărsături (stomită asociată), care nu sînt însă bilioase (element de diferenţiere faţă de sindromul de ansă aferentă) şi produc uşurare. Unii bolnavi cu sensibilitate particulară şi tendinţă la reflexe vasomotori pot acuza şi palpitaţii, transpiraţii, roşeaţă sau paloare a feţei etc. Acuzele survin mai ales după

Scanned with OKEN Scanner

mese mai abundente și nu se influențează prin decubit, ci se amendează treptat, odată cu evacuarea bontului gastric.

**Tratamentul profilactic** constă în executarea unei rezecții suficiente pentru a realiza aclorhidria, dar fără să fie excesiv de extinsă.

**Tratamentul curativ** comportă respectarea unei igiene alimentare care constă în mese frecvente, în cantități mici, cu alimente sărace în celuloză, lipsite de condimente și luate sub formă de piureuri, mai ales la început. Bolnavul va evita înghițirea salivei și a aerului, condiții ce pot accentua acuzele. După alimentare el trebuie să păstreze poziția culcată.

Dacă sînt acuze de gastrită indicăm pansamente neutralizante (vezi „gastrita"). La bolnavii mai receptivi, cu 10—15 minute înaintea meselor se poate indica poțiunea de procaină sau xilină 2%, cîte una-două linguri, pentru a diminua enterorecepția și furtuna neurovegetativă. Efect bun au și aplicațiile locale de căldură, diatermie, unde scurte, magnetodiaflux.

**STAZA DUODENALĂ** (dischinezie duodenală). Este tulburarea funcțională de motilitate (încetinirea tranzitului) întîlnită foarte frecvent în cursul diferitelor suferințe ale duodenului, ale organelor din vecinătate sau mai depărtate (staza duodenală secundară) și, mai rar, semnalată ca tulburare primară neurogenă (psihonevroză). Astfel, se întîlnește în suferințe biliare, hepatite cronice, pancreatită, ulcer duodenal, enterocolite, parazitoze, apendicită cronică, metroanexită, ca și în tulburări endocrine (hipertiroidism), nevroză etc.

Tabloul clinic este foarte polimorf și se suprapune pe lîngă cel al bolii primare. Este de intensitate variată și variabil, dominat de un sindrom dispeptic cu grețuri matinale, plenitudine postalimentară, apetit capricios, mai rar jenă dureroasă sau cu caracter de crampă-colică ce se liniștește la poziția genu-pectorală, „de gimnast". La aceasta se adaugă un sindrom nervos cu astenie, iritabilitate, depresiune psihică, crize migrenoide, și semne generale: subfebrilități, pierdere în greutate (ce apare rapid în două-trei săptămîni, în general nedepășind șapte-opt kg). Explicația acestor simptome rezidă în absorbția masivă de substanțe toxice (mai ales cînd există și duodenită asociată), în activarea și rezorbția fermenților proteolitici, în popularea masivă microbiană (sindrom de ansă oarbă) etc. Diagnosticul este confirmat de explorarea radiologică, prin care se arată staza la diferite nivele (bulbară, ge-

Scanned with OKEN Scanner

nunchi inferior sau în cadru), eventual asociată şi cu zone spastice (dischinezia atonă-spastică) cu mişcări peristaltice şi antiperistaltice („brasaj").

**Tratamentul** se adresează bolii primare, declanşatoare (hepatobiliară, apendiculară, genitală etc.) şi încearcă reechilibrarea funcţională ; de mare importanţă este psihoterapia, bolnavii avînd cancerofobie.

**Regimul alimentar** va fi cît mai complet, dar de cruţare, în formă de piureuri, servit în mese fracţionate şi urmat totdeauna de poziţia decubit ventral pentru o oră (clino-digestie) la mesele principale. Se limitează grăsimile, care vor fi de bună calitate (unt proaspăt, ulei neprăjit), eliminîndu-se alimentele intolerante pentru bolnav, ca şi sosurile, rîntaşurile, conservele, cruditătile. La terminarea mesei se indică a se lua un pahar de ceai călduţ, puţin îndulcit, de mentă sau muşeţel pentru calmarea peristalticei intestinului subţire.

**Tratament medicamentos.** Influenţăm vărsăturile prin preparate antiemetice (Emetiral două-cinci drajeuri à 5 mg) luate înaintea meselor cu 15—20 minute, iar greţurile prin soluţie Bourget : **Rp.** Bicarbonat de sodiu 6,0 g ; Fosfat de sodiu 4,0 g ; Sulfat de sodiu 2,0 g ; pentru un pachet, care se dizolvă într-o jumătate de pahar de apă şi se ia dimineaţa pe nemîncate, păstrînd decubitul lateral drept pentru o jumătate de oră. Durerile mari se influenţează prin administrarea de calciu gluconic, novocaină 0,5%, 5—10 ml, i.v. papaverină, Miofilin. În caz de tulburări hidroelectrolitice se intervine cu perfuzii de soluţii glucozate, cu electroliţi (Na, K, Ca, Mg). Dacă este prezentă şi duodenita, ceea ce se întîmplă frecvent, indicăm administrarea de pansamente (vezi „gastrita", „ulcerul gastroduodenal") înaintea meselor ; facem la două-trei zile spălături cu soluţie Bourget sau sulfat de magneziu 33%. Cînd este prezent factorul infecţios administrăm antibiotice parenteral şi local pe sondă (Streptomicina 1/4 g).

Influenţarea peristalticii şi tonusului duodenal o realizăm prin administrarea, înaintea meselor principale, a modificatorilor de comportament ai tubului digestiv : 8—10 U Insulină subcutanat ceea ce influenţează şi apetitul şi starea generală ; 10—15 mg de metaclopramidă (Primperan, Reglan) în injecţii subcutanate sau în comprimate, sau soluţie per os, timp de trei-patru săptămîni, care se pot repeta de cîteva ori în decursul unui an. Starea generală se influenţează cu sedative, vitamine (grupul B, C etc.), anabolizante, extracte de corticosuprarenală. După liniştirea puseului acut

Scanned with OKEN Scanner

efecte bune au **metodele fizioterapice** : şedinţe de ultrascurte alternate cu ultraviolete a cîte 10—12 pe hipocondrul drept, ca şi curele hidrominerale, mai ales în staţiunile Sîngeorz, Slănic, Călimăneşti, Tinca.

**STENOZA MEDIOGASTRICĂ.** Afecţiune caracterizată prin îngustarea mediogastrică a stomacului, care se datorează unui proces organic (cancer sau ulcer al peretelui) sau unei compresiuni perigastrice (perigastrită) or extragastrice (tumoră de vecinătate).

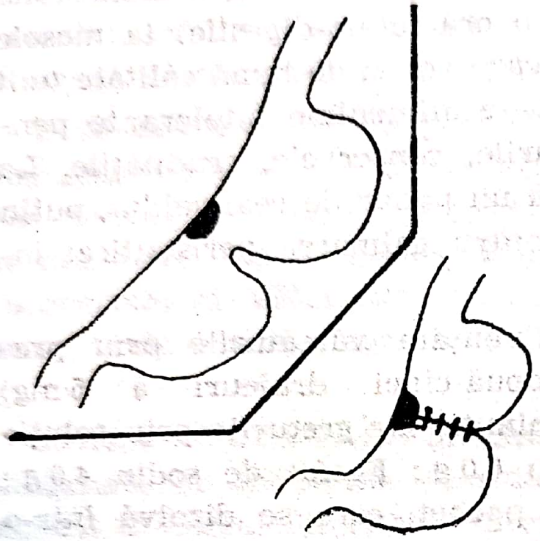


Fig. 32.

**Tratamentul este chirurgical.** În caz de ulcer sau cancer : rezecţie gastrică, piesa de rezecţie gastrică cuprinzînd şi zona stenozată ; în caz de perigastrită : gastroliză ; rezecţie segmentară a zonei stenozate cu restabilirea continuităţii prin anastomoză gastrogastrică ; sau anastomoză gastrogastrică latero-laterală scurtcircuitînd stenoza (fig. 32). În caz de tumoră de vecinătate, cu compresiune : îndepărtarea tumorii, eventual cu peretele gastric penetrat sau cu stenoza gastrică şi refacerea continuităţii ; sau anastomoză gastrogastrică latero-laterală scurtcircuitînd stenoza (intervenţie paleativă).

**STENOZA PILORICĂ (DUODENALĂ).** Este un sindrom caracterizat prin îngustarea defileului piloroduodenal, consecinţă a unui proces organic (ulcer, cancer), funcţional (pilorospasm) sau mixt şi manifestîndu-se clinic cu fenomene de subocluzie înaltă. Deosebim stenoze pilorice compensate, cînd peristaltica gastrică forţează obstacolul şi tranzitul este asigurat şi stenoze pilorice decompensate, cînd orificiul piloric cu calibrul din ce în ce mai mic împiedică evacuarea gastrică şi se constituie ectazia gastrică, cu simptomatologie clinică şi radiologică foarte caracteristică.

În stenoza pilorică compensată (de origine ulceroasă) se poate încerca un **tratament conservator** care este numai paleativ : spălături gastrice (soluţie fiziologică, soluţie glucozată hipertonă) ; antispastice ; pansamente. În stenoza pilorică decompensată este

indicat numai **tratamentul chirurgical.** În acest caz, cea mai bună intervenţie este rezecţia gastrică. În situaţii cu stare generală foarte alterată se poate efectua numai o gastroenteroanastomoză.

**STOMAC OPERAT** (sindrom). În noţiunea de „stomac operat" sînt înglobate suferinţele unei noi patologii, rezultată din dezvoltarea chirurgiei gastrice, fără ca întotdeauna ea să fie legată de intervenţia chirurgicală propriu-zisă. Se clasifică în : 1) Tulburări datorate intervenţiei chirurgicale : abcesul perigastric, invaginaţia în gura de anastomoză, hernia postoperatorie (eventraţia), boala aderenţială. 2) Tulburări consecutive modificării funcţiei de rezervor a stomacului : microgastria, nefuncţionarea gurei de anastomoză (absenţa evacuării, evacuarea dificilă), evacuarea precipitată a gurei de anastomoză. 3) Tulburări provocate de persistenţa bolii fundamentale : gastrită, stomită, persistenţa ulcerului (vechi sau nou), ulcerul peptic postoperator. 4) Tulburări ale intestinului subţire : sindromul jejunal precoce (dumping), tardiv (sindromul hipoglicemic), sindromul de ansă aferentă, enterocolita. 5) Tulburări datorite modificării funcţiilor secretorii, digestive-absorbtive : manifestări alergice, diaree gastrogenă, anemie sideropenică, megaloblastică ; hipovitaminoze, carenţe multiple (sindromul de denutriţie). De subliniat că în acest cadru nu se înglobează suferinţele preexistente (pancreatita cronică, metroanexita etc.) sau cele ce apar ulterior intervenţiei chirurgicale (cancerul tubului digestiv, constipaţia) şi care nu au nici o legătură cu boala ulceroasă.

Manifestarea clinică este diferită de la caz la caz (vezi suferinţele respective). De aceea, întotdeauna diagnosticul trebuie să includă pe lîngă termenul de stomac operat, care indică doar că s-a făcut o intervenţie chirurgicală şi pe cel al suferinţei (suferinţelor) existente. Acestea pot fi mai supărătoare decît însăşi boala pentru care s-a intervenit şi pot fi destul de dificil de tratat. De aceea, se dă o importanţă deosebită profilaxiei lor.

**Profilaxia** se realizează, în primul rînd, prin punerea unei indicaţii operatorii în mod foarte judicios (riguros şi motivat), avînd totdeauna în vedere faptul că tratamentul chirurgical nu este tratamentul de bază, ci doar „de necesitate" (Haţieganu) : adică, atunci cînd fie că e caz de urgenţă, fie că nu mai poate da vreun rezultat tratamentul medical. Dar trebuie spus că la apariţia „sindromului de stomac operat" contribuie şi acei medici care întîrzie operaţia, punînd pe chirurgi în situaţia de a opera ulcere „îmbătrînite", cu coafectări ale altor organe şi cu tulburări funcţionale diverse, unele



Scanned with OKEN Scanner

dintre ele persistînd şi după operaţie. Cu alte cuvinte, o parte din insuccesele chirurgiei în boala ulceroasă se datorează prelungirii abuzive a unui tratament medical ineficace. Odată ce s-a pus motivat indicaţia de tratament chirurgical, bolnavului i se începe o pregătire psihică atentă, lămurindu-l asupra necesităţii intervenţiei chirurgicale şi asupra a ceea ce i se va face şi atrăgîndu-i-se atenţia că după operaţie s-ar putea să mai aibă unele acuze, ceea ce va impune respectarea în continuare a unor reguli de igienă a vieţii, a unui regim alimentar (chiar în lipsa unor acuze imediate) şi a unui tratament pre- şi postoperator corespunzător. În acesta din urmă se include alegerea momentului optim pentru intervenţie (excepţie fac cazurile de urgenţă), respectînd pe cît se poate să nu se intervină în puseu acut, să se amelioreze eventuala gastrită concomitentă, să se echilibreze pacientul hidroelectrolitic, vitaminic şi proteinic, să se trateze anemia preexistentă etc. Este indicat ca bolnavul obez să fie readus preoperator la greutatea normală (pe cît posibil). La cei cu tulburări neurovegetative, componentă enterală etc., pe lîngă faptul că facem indicaţia operatorie cu şi mai mult discernămînt, ei fiind „candidaţi" la dumping, în prealabil li se vor trata aceste tulburări ; vor fi depistate preoperator chiar formele fruste (tranzit baritat cu soluţie de glucoză hipertonă).

Se va acorda mare atenţie alegerii procedeului operator şi realizării aclorhidriei, ţinînd cont de profesiunea şi starea social-economică a bolnavului (posibilitatea de a respecta în continuare un regim alimentar), de starea de nutriţie preexistentă (gastroduodenită, enterocolită, suferinţă hepatică etc.), de profilul secretor (necesitatea explorării funcţiei secretorii gastrice), de condiţiile găsite intraoperator ; cu un cuvînt, procedeul operator se va alege foarte individualizat, de la caz la caz. În cursul intervenţiei chirurgicale se vor evita maltratarea ţesuturilor, ligaturile în bloc, contactul ţesuturilor cu diferite substanţe iritante (talc). Mare atenţie trebuie dată, apoi, perioadei postoperatorii, mai ales în primele şase-şapte luni, pînă tubul digestiv se adaptează noii situaţii creeate. În acest interval, operatului i se va asigura un repaus de două-trei luni, urmat de activitate fără eforturi mari, pe o durată cam de acelaşi interval, urmînd apoi să-şi reia activitatea, însă corespunzător capacităţii sale actuale de muncă.

**Regimul alimentar** va trebui să fie cantitativ redus, bogat caloric şi mai ales proteinic (brînză de vaci, albuş de ou, carne albă) şi vitaminic, cu introducere progresivă şi fracţionată (cinci-şase

Scanned with OKEN Scanner

mese pe zi), la început mai ales sub formă de piureuri. În general, în regimul alimentar se va avea în vedere reducerea celulozicelor, evitarea hidraţilor de carbon concentraţi, a grăsimilor de calitate necorespunzătoare (seu, untură de porc etc.) şi a laptelui care se poate admite doar în cantităţi mici, fracţionate precum şi a lichidelor (supe). Este recomandabil să se acorde mare importanţă stării danturei, pentru a se asigura o bună masticaţie, să se evite fumatul şi, după alimentare, să se indice clinodigestia foarte favorabilă digestiei şi absorbţiei (bolnavul să păstreze poziţia declivă pentru o oră). În acelaşi timp, cronic şi intermitent se face un **tratament medicamentos de suplinire** a deficienţelor digestive prin acid clorhidric, preparate de pancreas, de enzime şi se asigură nevoile de fier, vitamine.

Principalele sindroame individualizate de stomac operat sînt : 1) ulcerul peptic jejunal postoperator (ulcerul anastomotic) ; 2) sindromul de ansă aferentă ; 3) sindromul de evacuare precipitată (dumping-sindrom) ; 4) alte sindroame mai rare, de stomac operat : a) boala aderenţială postoperatorie cu tulburări în evacuarea bontului gastric prin anastomoză ; b) hernierea internă a ansei aferente cu sindrom de subocluzie sau ocluzie acută ; c) sindromul de stomac mic ; d) sindromul carenţial al gastrectomizaţilor (anemie, hipoproteinemie şi denutriţie postrezecţională) ; e) gastroileoanastomoza accidentală ; f) stomita şi gastrita bontului ; g) sindromul diareic prelungit (uneori postprandial) după vagotomie tronculară sau după rezecţie foarte înaltă ; h) sindromul postprandial tardiv (sindromul de hipoglicemie postprandială tardivă).

Fiecare suferinţă individualizată are un tratament specific (vezi capitolele respective).

**TUMORI GASTRICE BENIGNE.** Sînt mult mai rare decît tumorile maligne ale stomacului. Majoritatea lor au o simptomatologie clinică săracă. Importanţa lor constă în necesitatea diferenţierii de tumorile maligne şi în echivalenţa lor cu o leziune precanceroasă. Aceste tumori pot fi de origine epitelială (adenoame sau papiloame) sau de natură mezenchimală (leiomioame, fibromioame, lipoame, hemangioame). În cazul apariţiei unor simptome, în special hemoragia sau chiar în cazul descoperirii lor întîmplătoare cu ocazia unui examen radiologic sau cu prilejul unei intervenţii se recomandă **ablaţia tumorii benigne** printr-o rezecţie limitată a peretelui gastric purtător al tumorii.

Scanned with OKEN Scanner

**ULCERE CURLING.** Sînt ulceraţii duodenale apărute la pacienţii cu arsuri severe şi descrise pentru prima dată de Curling, în 1942. Sînt, de obicei, multiple şi acute şi ades găsite şi pe intestinul subţire. Regulile de tratament sînt cele obişnuite (vezi „boala ulceroasă").

**ULCER GASTRODUODENAL.** Este o boală cu răspîndire în masă (5—17%), cu interesare mai ales a vîrstei active (30—50 ani) şi a bărbaţilor. Din punct de vedere morfologic este caracterizat prin apariţia unei leziuni ulcerative rotund-ovalară, cu interesarea tuturor straturilor peretelui gastric „în trepte" şi cu reacţie inflamatorie-fibroasă (ulcerul cronic). Se mai distinge şi ulcerul acut, leziune superficială. Aceste modificări se presupun a fi rezultatul perturbării echilibrului între factorul peptic (hiperaciditate) şi capacitatea de apărare a mucoasei gastrice („bariera mucoasei") sub acţiunea unor factori etiologici variaţi : stress-uri psihice, mecanice, toxice (tutun, alcool), iritante (alimente), care acţionează de obicei puţin intens dar îndelungat şi uneori pe un fond predispozant (familial, genetic). Leziunea locală este expresia unei suferinţe generale a organismului (boala ulceroasă) sau a acţiunii locale a unor variaţi factori (ulcer simptom, ulcer secundar) : arsuri, ciroză hepatică, bronhopatie cronică, medicamente (antiinflamatoare), tumori pancreatice neinsulinosecretante (sindrom Zollinger-Ellison). derivaţie portocavă etc.

Deşi nu este încă specific — etiologic, **tratamentul** dispune de numeroase posibilităţi, multe dintre ele acţionînd pe mecanismele patogenetice incriminate (factorul peptic, capacitatea de apărare a mucoasei), fără a asigura însă şi vindecarea definitivă a bolii.

**Profilaxia primară a bolii** constă în măsuri igienice : evitarea factorilor stressanţi din mediul extern (încordări nervoase şi suprasolicitare psihică, mai ales prelungită) ; se urmăreşte o viaţă ordonată cu perioade egale de muncă, deconectare şi odihnă, satisfacţii în profesiune şi o alimentaţie raţională, ordonată, la ore potrivite, caloric suficientă, evitînd abuzurile de alcool, tutun, condimente etc. Aceste măsuri se aplică mai ales la persoanele care pot fi considerate ca ulceroşi potenţionali, cu un fond neurovegetativ labil, anxioase, emotive, la cei cu tulburări dispeptice (pot fi în fază preulceroasă), la cei cu încărcare ereditară ulceroasă (membrii familiilor de ulceroşi) şi cu grup sanguin 0 nesecretorii (tară ereditară-genetică).

Scanned with OKEN Scanner

**Profilaxia recidivelor** (profilaxia secundară, metafilaxia) constă în menţinerea pe timp îndelungat a măsurilor igienodietetice şi medicamentoase ale tratamentului curativ, căci nu există încă criterii valabile pentru a stabili momentul cînd s-a vindecat boala, precum şi în reluarea lor în perioada cînd observaţia clinică arată revenirea puseului activ ulceros (chiar şi în lipsa acuzelor subiective) : primăvara şi toamna sau la apariţia celor mai mici semne de activitate ulceroasă. La acestea se adaugă eliminarea factorilor de mediu extern (etiologici) citaţi mai sus. Bolnavilor ulceroşi (sau cu „teren ulceros") li se contraindică întrebuinţarea preparatelor medicamentoase care conţin salicilaţi (Antidoren, Antinevralgic, Reumacif), Fenilbutazonă, Irgapirină, Alindor, Indometacină (Indocid), preparatele cortizonice, precum şi anticoagulantele, mai ales în asociaţii. La fel sînt de evitat preparatele rezerpinice (în doze mari), beta-blocanţii adrenergici (Propanololul, Inderal, Avlocardyl etc.). Dacă, totuşi, ele se impun imperios, atunci administrarea lor se face asociat cu un tratament antiulceros intens şi sub supraveghere atentă.

Complicaţiile se previn prin introducerea precoce (şi conducerea corectă) a tratamentului medical curativ, iar unele complicaţii (hemoragia cataclismică, stenoza şi periviscerita) prin indicarea tratamentului chirurgical în momentul optim. Aceste măsuri se aplică în special boalei ulceroase, iar în ulcerul secundar (simptom) ele se completează cu măsurile ce se adaptează boalei primare, determinante.

**Tratamentul curativ de bază** este cel **medical**, care este variat, după cum avem de a face cu un ulceros în puseu activ sau unul în fază de acalmie (tratament de fond), complicat sau necomplicat. De la început este de subliniat faptul că boala are un caracter evolutiv în pusee, alternînd cu perioade de remisiune de durată foarte variată, eficacitatea tratamentului (vindecarea) fiind dificil de a se stabili. De aceea şi tratamentul este de durată şi foarte individualizat, necesitînd multă înţelegere şi răbdare atît din partea medicului cît şi din partea bolnavului.

**În ulcerul necomplicat în puseu de activitate** tratamentul curativ urmăreşte mai multe scopuri : inhibarea — neutralizarea factorului peptic şi protejarea şi creşterea rezistenţei mucoasei gastrice faţă de acesta. **Tratamentul medical** dispune de mai multe mijloace. Repausul la pat este necesar în puseul cu dureri accentuate şi este indicat să dureze una sau două săptămîni, de preferat în serviciu spitalicesc pentru a se scoate bolnavul din mediul său profesional-familiar, urmat de o perioadă tot atît de lungă de repaus relativ

Scanned with OKEN Scanner

la domiciliu. Acestuia i se asociază un tratament sedativ diferențiat, administrînd la cei cu insomnie, anxioși, iritabili, emotivi mai ales preparate barbiturice (Fenobarbital, Extraveral), iar la cei inhibabili bromuri. Poate fi completat cu tranchilizante (Meprobamat, Napoton) și neuroleptice (Clordelazin-Plegomazin, Valium, sulfiride — Dogmatil etc.).

**Regimul alimentar** va fi larg, individualizat după cum este în puseu de activitate sau nu și după bolnav, în general evitîndu-se alimentele excitosecretorii acide, crudităţile, condimentele, conservele, brînzeturile fermentate, aluaturile dospite, băuturile alcoolice. Se contraindică strict fumatul, cafeaua, ceaiul rusesc. În puseul de activitate cu dureri mai intense se prescrie un regim de lapte (1—1 1/2 litri) luat în porţiuni mici sau diluat cu ceaiuri, eventual asociat cu frișcă și smîntînă proaspătă, pentru ca apoi să se adauge supe false, supe de cereale, sucuri de fructe dulci, griș, orez și piureuri, ouă moi, brînză proaspătă, carne, trecîndu-se progresiv la regimul de durată.

Regimul de durată poate fi schematizat după cum urmează. Se mănîncă în ambianţă plăcută, fără grabă, liniștit și se mestecă bine. Se consumă cinci-șase mese pe zi ; se mănîncă ori de cîte ori doare. Mesele vor fi călduţe, nici prea reci nici prea fierbinţi. Gătitul se face numai prin fierbere (nimic nu se frige). Grăsimile permise se adaugă crude în farfurie, la masă. Sarea se folosește în cantitate moderată. Sînt interzise conservele de orice fel, fie de casă, fie din industria alimentară : șuncă, slănină, carne afumată, cîrnat, conserve de pește ; băuturile acre ; condimentele : usturoi, piper, boia, foi de dafin etc. ; rîntașurile și prăjelile, fripturile ; supele de carne, ca supă sau folosită la alte preparate (pilaf de orez) ; zarzavaturile uscate și fibroase (aţoase) ca varză, fasole, linte, mazăre, gulii, conopidă, ridichi, sfeclă, castraveţi, dovleac, ceapă, ciuperci, ardei iute, roșii (mai ales sub formă de supă de roșii) ; fructele acre, marmelada, dulceaţa, compoturile cu conservant (de iarnă), fructele-sîmbure ca nucile, macul, alunele, migdalele etc. ; dulcele tare (concentrat) ; cafeaua, tutunul, alcoolul (sub nici o formă) ; vor fi complet înlăturate ceaiul chinezesc, rusesc ; aluaturile dospite proaspete (moi : pîine moale) ; aluaturile fierte groase (găluște din făină, tăiţei grași) ; aluaturile fragede și foitajele (ștrudel), deoarece conţin grăsimi cu care sînt coapte ; laptele acru și iaurtul ; brînzeturile fermentate.

Sînt permise : lapte dulce, smîntînă, frișcă, brînză dulce (caș) de vacă, oaie, unt proaspăt ; zarzavat foarte fraged : morcov, spanac, salată verde ; supe strecurate de zarzavat : apa în care a fiert

Scanned with OKEN Scanner

zarzavatul se fierbe din nou cu fidea, griș, orez și i se adaugă unt sau ulei în farfurie ; pîine albă uscată (nu prăjită), cozonac uscat, biscuiți, pișcot, tăiței, macaroane (numai cu brînză sau zahăr) ; găluște de griș (în supă de zarzavat) ; papanași cu brînză (fără pesmet prăjit) ; griș sau orez cu lapte ; mîncare de orez (gătită dietetic : orezul fiert în apă cu sare și pătrunjel primește carnea și uleiul sau untul în farfurie) ; cartofi fierți ori copți în coajă cu unt, ulei, piureu, supă de cartofi (fără rîntaș), ouă moi trei-patru pe zi (în nici un caz ochiuri sau jumări), eventual ochiuri românești ; lapte de pasăre nu prea dulce ; carne proaspătă, curățită de grăsimi, la început fiartă (rasol, perișoare mici în supă sau mari la felul al doilea), mai tîrziu poate fi folosit grătar (subțire) ; se poate consuma orice fel de carne obișnuită : porc, vită, vițel, pasăre (chiar îndopată), oaie, miel, iepure de casă, pește etc. ; sucuri crude : morcov, cartofi, roșii, măr, pară etc., dar numai diluate cu apă și îndulcite ușor ; ceai de tei, mentă, sunătoare (călduțe și moderat îndulcite).

Regimul alimentar se respectă mai riguros în puseul de activitate sau în sezonul cînd de obicei survine acesta, chiar dacă bolnavul nu are acuze și este mai larg în perioadele de acalmie, el urmînd a fi continuat ani de zile.

**Medicamentos**, încercăm a inhiba-neutraliza factorul peptic și a crește capacitatea de apărare a mucoasei gastrice. Pentru aceste scopuri dispunem de mai multe posibilități. Astfel, **medicația antiacidă** urmărește creșterea *p*H-ului gastric la valori spre alcalin, ceea ce împiedică activarea pepsinogenului și favorizează dezvoltarea țesutului de granulație la nivelul ulcerului, acțiune și topică. Preparatele care se utilizează cu efect mai bun sînt : sărurile de magneziu, de bismut și de aluminiu, carbonatul de Ca și mai puțin bicarbonatul de sodiu (doar în asociație) datorită dezavantajului ce-l are : declanșarea unei hiperaciditățireacționale. În lipsa acestora, cu efect tot atît de bun se poate utiliza caolinul (bolus alba), sulfatul de bariu. De obicei, ele se administrează în asociație și în diferite proporții, obișnuit în formule magistrale : **Rp.** Magnezie calcinată 20,0 g ; Bismut subnitric 10,0 g ; Bicarbonat de sodiu 40,0 g ; Extract de beladonă 0,20 g (formula Theohari) sau **Rp.** Bicarbonat de sodiu 20,0 g ; Silicat de aluminiu 15,0 g ; Carbonat de calciu 30,0 g ; Carbonat de magneziu 20,0 g sau **Rp.** Bicarbonat de sodiu 45,0 g ; Carbonat de bismut 20,0 g ; Carbonat de calciu 10,0 g ; Magnezie calcinată 10,0 g ; Extract de beladonă 0,10 g. Sînt și preparate tipizate : Calmogastrin (hidroxid

Scanned with OKEN Scanner

de aluminiu), Gastrisan (magnezie usta), Gastrosedol (bismut carbonic, magneziu carbonic, salicilat de aluminiu), Peromag (perobonic, magneziu carbonic, salicilat de aluminiu), Peromag (perooxid de magneziu), Ulcerotrat (bismut subnitric, carbonat de magneziu), Ulcomplex (hidroxid de aluminiu). De subliniat că totdeauna trebuie ținut cont de tranzitul intestinal, în stabilirea proporțiilor dintre diferiții componenți ai formulei magistrale (sau ce preparat tipizat indicăm). Astfel, la bolnavii constipați vom prefera formulele cu magnezie (preparatul tipizat Gastrisan) în timp ce la cei cu diaree (componentă enterală) formulele cu calciu carbonic, silicat de aluminiu (Alucol) (preparate tipizate : Gastrosedol, Ulcerotrat, Ulcomplex). Ele se administrează cu linguriță (sau comprimate) în momentul cînd efectul tampon al alimentelor a dispărut și aciditatea este maximă, deci la 1—1½ oră (în ulcerul gastric) sau 2 ore (în cel duodenal) după alimentare. Cum efectul lor este de scurtă durată este necesar ca administrarea să fie ritmică, ziua de cinci-șase ori și noaptea de două ori (mai ales în cel duodenal) și pe timp îndelungat (șase-opt săptămîni în ulcerul gastric, două-trei luni în cel duodenal). Căutăm să obținem nu numai dispariția durerii, ci și dispariția leziunii locale (nișei), după care administrarea se rărește, urmînd a se face două-trei cure pe an, mai ales în sezonul de activitate ulceroasă (primăvara și toamna) sau cînd apar unele acuze (piroze, arsuri). În formele hiperdureroase se poate recurge la alcalinizarea continuă, mai ales nocturnă, prin perfuzie intragastrică picătură cu picătură, de soluție alcalină (un pachet de praf Bourget, la care sulfatul de sodiu este înlocuit cu citrat de sodiu, la 400 ml apă), perfuzîndu-se două flacoane pe noapte cu un ritm de 30—40 picături/minut sau hidroxid, fosfat de aluminiu. În ulcerul gastric mai ales cu nișe mare și la bătrîni noi obținem rezultate bune asociind medicației antiacide și spălături gastrice cu soluție glucozată hipertonă, zilnic sau tot la două zile (15—20 spălături în total).

**Medicația antisecretorie** urmărește **inhibarea vagului.** Medicamentele de preferat sînt atropina și extractul de beladonă (anticolinergice) date înaintea meselor principale cu 30—40 minute și în doze corespunzătoare, după cum este amfotonie cu predominanță vagală sau simpatică (individualizat după tipul neurovegetativ). Astfel, atropina se dă de obicei parenteral, intravenos în doze de 0,5 mg sau intramuscular 1 mg de două ori pe zi (necondiționat o doză seara). Extractul de beladonă se dă în doze de 0,02 g—0,04 g de trei ori pe zi în forma unor combinații cu scop antispasmodic : **Rp.** Piramidon 0,20 g ; Luminal 0,02 g ; Papaverină 0,04 g ; Extract de beladonă 0,02 g sau în praful alcalin

(vezi reţeta la medicaţia antiacidă). Anticolinergicele de sinteză nu par a fi superioare, ba chiar au efect mai redus, doar că au efectele atropinice secundare mai reduse (uscăciunea gurii, tulburările de vedere). Ele se administrează de două—trei ori pe zi şi seara la culcare, pe diferite căi, dar mai ales în formă de comprimate, după cum urmează : Bantină (50—100 mg/24 ore), Probantin comprimate à 15 mg, trei—patru pe zi, Antrenyl comprimate à 0,005 mg, trei—patru pe zi, Scobutil (Buscopan) unu—două comprimate de două—trei ori pe zi sau supozitoare unu—două pe zi, fiole intramuscular sau intravenos. Anticolinergicele sînt contraindicate în adenom de prostată, glaucom, stenoză pilorică. Cu efect mai redus şi acţiune mai ales antispasmodică este papaverina, ce se poate indica în diferite asociaţii, comprimate, prafuri sau injecţii intramusculare sau intravenoase ; sau preparatele de metaclopramidă (Primperan, Reglan) în doze de 30—50 mg/zi sub forma de comprimate, fiole i. v. sau i. m. à 10 mg. Administrarea medicaţiei antisecretorii se face pe perioade lungi, săptămîni de zile şi în asociaţie cu cea antiacidă.

Pe lîngă medicaţia antiacidă se prescrie medicaţia ce vizează **creşterea rezistenţei mucoasei faţă de factorul peptic.** Ea constă în administrarea de vitamină C (500—1 000 mg/zi) parenteral, vitamina A trei-şase drajeuri pe zi, derivaţi de reglisă (Carbenoxolonă, Biogastrone) comprimate à 50 mg, de două-trei ori pe zi o săptămînă şi apoi cîte un comprimat, timp de cel mult patru-şase săptămîni), poligalactozid sulfat (Pogan comprimate), sulfat de amilopectină (Depepsen) ; Gastramin etc.

În perioada de acalmie a ulcerului, măsurile igienodietetice se mai lărgesc şi în special regimul alimentar, cu excepţia menţinerii eliminării tutunului, a medicamentelor cu acţiune iritantă şi excitosecretorie gastrică, iar măsurile medicamentoase se alternează (sau chiar suprimă pe un timp). La orice revenire a acuzelor sau în perioadele de activitate ulceroasă (chiar în lipsa acuzelor) ele se reiau.

**În ulcerul complicat,** tratamentul variază cu felul complicaţiei.

**În hemoragia mică** (hematemeză, melenă) tratamentul este **medical.** El constă în punerea bolnavului în repaus la pat, în poziţie culcată, asigurîndu-i-se un regim alimentar hidric în primele zile (ceai, lapte, frişcă, smîntînă, reci), ca apoi a doua, a treia zi să îl trecem la ouă moi, brînză de vaci, piureuri legume pasirate şi astfel în cinci-şapte zile să se ajungă la regimul alimentar de fond al ulcerului. Medicamentos, administrăm prafurile

antiacide pansamente, mai ales acelea ce nu modifică culoarea materiilor fecale (calciu carbonic, magnezie calcinată sau usta etc.) şi hemostatice : vitamina C, vitamina K. Neurosedativele şi oxigenoterapia sînt utile. Dacă după două-trei zile bolnavul nu are scaun indicăm o clismă fără presiune şi apoi laxative uşoare (oleu de parafină, magnezie usta, lactoză, cu linguriţa la patru-şase ore). În tot timpul bolnavul este urmărit de internist şi chirurg, interesîndu-ne mai ales diureza, valoarea tensiunii arteriale şi a pulsului, temperatura şi ureea sanguină (insuficienţa renală funcţională). Dacă hemoragia continuă (acuzele dureroase nu dispar, apar semne de hipovolemie etc.), bolnavul se va interna într-un serviciu de reanimare (sau chirurgie) unde se suprimă alimentarea pe cale orală şi se face hidratarea şi corectarea hipovolemiei pe cale parenterală prin perfuzii de soluţii glucozate şi clorurate izotonice, soluţii macromoleculare (dextran, soldextran etc.) şi sînge integral, de preferat izogrup. În caz cînd ea nu poate fi stăpînită (tensiunea arterială nu poate fi menţinută peste 100 mm Hg) sau scade în repetiţie, mai ales la un bolnav de vîrstă de peste 50 ani, se indică **intervenţia chirurgicală.**

**Stenoza pilorică** organică este de **indicaţie chirurgicală,** tratamentul medical fiind doar de pregătire preoperatorie : echilibrare proteinică şi vitaminică, hidroelectrolitică (Cl, Na, K, Ca). **Ulcerul perforat** este tot de **indicaţie chirurgicală,** metoda aspiraţiei gastrice (Taylor), cu rehidratare pe cale venoasă şi antibioterapie rămînînd o indicaţie de excepţie ce incumbă multe riscuri.

La cea mai mică bănuială de **transformare** (malignizare, ulcero-cancerul) şi mai ales la ulcerul gastric localizat pe porţiunea orizontală, la nivelul unghiului gastric, pe marea curbură gastrică se face indicaţie de **tratament chirurgical.**

Aşadar, **indicaţia absolută** a **tratamentului chirurgical** cuprinde hemoragia ce nu o putem stăpîni, perforaţia ulcerului, stenoza pilorică (sau mediogastrică, mai rară) şi transformarea — malignizarea ulcerului. Mai sînt de indicaţie chirurgicală **(indicaţii relative)** : ulcerul penetrant, ulcerul calos, ulcerul cu nişe mare (mai ales la vîrstnici) ce nu dispare la tratament medical sau reapare sub tratament, ulcerul ce este rezistent la tratamentul medical (forma hiperalgică) corect aplicat (pentru cel gastric şase—opt săptămîni, pentru cel duodenal două—trei luni). În general, ne ferim de a face indicaţie de tratament chirurgical în boala ulceroasă fără nişe, în ulcerul la vîrsta sub 20 ani, la cei cu componentă neurovegetativă accentuată, la hipertiroidieni, la cei cu suferinţă enterală, la ulcerul în fază activă.

Scanned with OKEN Scanner

Obiectivele operaţiilor pentru ulcere gastroduodenale sînt: îndepărtarea leziunii ulceroase, scăderea marcată a hiperaciditătii gastrice, păstrarea unui rezervor gastric satisfăcător, sechele şi recidive foarte reduse.

Obiectivul principal, reducerea hipersecreţiei clorhidropeptice, poate fi obţinut: 1) Prin metode de exereză (rezecţie gastrică). 2) Prin vagotomie, adică prin întreruperea influxului nervos sub dependenţa căruia se află secreţia c! rhidropeptică. 3) Prin asocierea celor două modalităţi.

1) Metode de exereză: rezecţia a 2/3 sau 3/4 din stomac cu restabilirea continuităţii prin anastomoză gastroduodenală termino-terminală sau termino-laterală tip Péan-Billroth I (vezi „rezecţie gastrică"). 2) Vagotomia sau vagectomia (tronculară sau selectivă) urmată de unul din tipurile de drenaj gastric (vezi „vagotomie"). Metode de derivaţie (gastroenteroanastomozele) fără vagotomie se folosesc astăzi cu totul excepţional, în caz de contraindicaţii de ordin general sau local ale metodelor radicale. **În ceea ce ne priveşte, indicăm: 1) Rezecţia cu anastomoză Krönlein-Reichel-Polya** mai ales în ulcerele duodenale caloase, la oameni trecuţi de prima tinereţe, în stenozele pilorice sau duodenale, în hemoragii pentru ulcer duodenal penetrant şi calos. 2) **Rezecţia cu anastomoză Péan** în ulcerele gastrice care nu sînt situate prea sus sau în ulcerele duodenale juxtapilorice, la cazurile la care rămîne un bont duodenal suficient ca să permită efectuarea anastomozei în bune condiţii. 3) **Vagotomia cu drenaj gastric:** a) în ulcere duodenale acute şi complicate la tineri (perforaţie, hemoragie); b) în ulcere duodenale cu calozitate mică şi cu istorie clinică scurtă; c) în ulcere peptice postoperatorii după rezecţie; d) în ulcere duodenale situate prea la dreapta (postbulbare) caloase (aspect de tumoră inflamatorie), eventual penetrante în căile biliare; e) în ulcerele duodenale caloase sau penetrante, la oameni în vîrstă; f) la tuberculoşi, la care vrem să păstrăm integritatea anatomică a stomacului. Trebuie să căutăm să vedem care este cea mai potrivită intervenţie pentru un bolnav dat; alegerea tehnicii se va face în funcţie de particularităţile morfologice, secretorii şi de teren ale fiecărui ulceros.

**Atitudinea în ulcerul gastroduodenal perforat** (perforaţia ulceroasă). Ulcerul perforează în virtutea procesului patologic care distruge progresiv, strat cu strat, peretele gastroduodenal. Deosebim două tipuri anatomoclinice de perforaţie: a) perforaţiile în peritoneul liber, mai frecvente, care duc la peritonită; b) perfo-

Scanned with OKEN Scanner

raţiile acoperite de către un organ învecinat, care pot evolua spontan sau cu tratament conservator către vindecarea complicaţiei (a perforaţiei), dar nu şi a bolii sau către supuraţie (abces subhepatic).

**Tratamentul conservator** (metoda Taylor, 1945) constă în: aspiraţia gastrică cu sondă a conţinutului stomacal; antibiotice; sedative; hidratarea parenterală. Acest tratament are ca obiectiv acoperirea spontană a perforaţiei. Este puţin apreciat de chirurgi din cauza riscului evoluţiei peritonitei şi din cauza complicaţiilor supurative posibile. Noi îl folosim ca tratament unic al perforaţiei în unele situaţii disperate, cînd din cauza vîrstei şi a altor afecţiuni grave (cardiopatii decompensate, insuficienţă hepatică, insuficienţă renală acută sau cronică) tratamentul chirurgical ar fi grevat de un foarte mare risc. Folosim însă de rutină acest tratament în pregătirea pentru operaţie, timp de una-două ore.

Deci, cu excepţia unor situaţii care sînt foarte rare, în perforaţia ulcerului gastroduodenal indicăm **tratamentul chirurgical.** El nu este de extremă urgenţă ca în hemoragie, ci permite o pregătire de una-două ore a bolnavului.

Metodele chirurgicale care se adresează perforaţiei ulceroase sînt: 1) **Metode paleative.** Dintre numeroasele metode paleative descrise preferăm sutura perforaţiei cu epiplooplastie. Dar, are o indicaţie foarte limitată, pentru că recidivele sînt frecvente. Numai starea generală alterată şi situaţia locală fac necesară la unii bolnavi o intervenţie paleativă. 2) **Metode radicale**; a) rezecţia gastrică se adresează mai ales ulcerelor caloase şi penetrante; este o operaţie radicală, rezolvă atît boala cît şi complicaţia; b) vagotomia tronculară sau selectivă cu excizia ulcerului şi însoţită de un tip de drenaj gastric; o indicăm mai ales la bolnavii tineri, la ulcerele acute anatomopatologic, cînd clinic perforaţia este simptomul de debut al bolii ulceroase.

**Atitudinea în ulcerul gastroduodenal stenozant** (stenoza pilorică). Stenozele ulceroase survin ca o complicaţie tardivă a unui ulcer situat de obicei la pilor sau în vecinătatea lui. Răsunetul stenozei asupra stomacului situat proximal poate fi schematizat în trei faze evolutive: faza de stază cu hipersecreţie; faza de luptă cu hipertonie musculară; faza de atonie cu dilataţie gastrică pasivă. Primele două faze corespund, clinic, stenozei compensate, în care obstacolul din calea evacuării este învins printr-un efort al musculaturii gastrice ce se hipertrofiază. Ultima fază co-

Scanned with OKEN Scanner

respunde stenozei decompensate, cînd musculatura gastrică devine atonă, stomacul se dilată enorm, iar simptomul caracteristic stenozei, vărsătura, este prezent.

Stenoza pilorică, chiar compensată, are **indicație chirurgicală** dacă bolnavul nu prezintă o altă boală mai gravă. Pentru stenoza pilorică decompensată indicația chirurgicală este absolută.

Pregătirea pentru operație este foarte importantă și constă în : a) pregătire locală : spălături gastrice zilnice cu soluție salină fiziologică sau soluție glucozată pentru a înlătura componenta funcțională (inflamatorie și spastică) ; b) pregătirea generală : echilibrarea hidrică, electrolitică și proteinică după caz.

Intervenția constă în rezecție gastrică. În formele foarte avansate, la bolnavii în vîrstă, tarați se poate pune problema numai a unei derivații (gastroenteroanastomoză). În ceea ce privește vagotomia, deși unii chirurgi o practică, există rezerve asupra utilizării ei în stenoza ulceroasă pentru că pe lîngă hiposecreție, vagotomia produce și hipomobilitate pe un stomac care are deja un grad de atonie.

**Atitudinea în ulcerul gastric malignizat.** Posibilitatea sau imposibilitatea malignizării ulcerului gastric este o controversă relativ veche. Mulți autori de prestigiu, mai vechi și mai noi, acceptă însă posibilitatea malignizării. Cei care nu o acceptă susțin că este vorba de un cancer ulceriform cu o evoluție de lungă durată în două etape : lentă, ani de zile, urmată de o fază rapidă de cîteva luni, manifestă clinic.

Cea mai mică suspiciune de degenerescență a unui ulcer gastric cunoscut, mai ales dacă nu răspunde clinic și radiologic după trei săptămîni de tratament corect condus justifică **intervenția chirurgicală,** care trebuie să respecte principiile oncologice ale chirurgiei cancerului gastric. Preventiv, este obligatorie tratarea chirurgicală a ulcerelor gastrice ale versantului orizontal al micii curburi, la bolnavi trecuți de 40 ani, rezistente la tratamentul medical condus corect.

**Atitudinea în ulcerul gastroduodenal penetrant.** Această formă se caracterizează prin străbaterea treptată de către ulcer a straturilor anatomice ale stomacului sau duodenului, aderarea leziunii la organul învecinat și pătrunderea în el (penetrare). Deci, nu este vorba de perforație în cavitatea peritoneală liberă, ci de erodare și penetrare într-un organ sau țesut vecin. Ulcerul poate astfel penetra în pancreas, cel mai frecvent, apoi în ficat, căi biliare, splină, epiploon mic, epiploon mare, perete abdominal an-

Scanned with OKEN Scanner

terior. Nişa ulcerului penetrant este deseori impresionantă ca dimensiune şi se asociază cu calozitate periulceroasă. Are o **indicaţie preferenţial chirurgicală.** Ca metodă operatorie se utilizează fie rezecţia gastrică, fie vagotomia tronculară sau selectivă asociată unei operaţii complementare de drenaj gastric.

**Atitudinea în ulcerul gastroduodenal calos.** Această formă se caracterizează prin proliferarea excesivă a ţesutului de reacţie din jurul defectului de mucoasă (ulcerului) care se transformă într-un ţesut fibros, sclerozat încît poate forma o adevărată tumoră inflamatorie. Şi aici există **indicaţia preferenţial chirurgicală.** Se utilizează ca metodă operatorie fie rezecţia gastrică, fie vagotomia tronculară sau selectivă asociată unei operaţii complementare de drenaj gastric.

**ULCER PEPTIC JEJUNAL** (postoperator, anastomotic). Este ulcerul ce apare în primele luni şi mai rar după ani, după o operaţie pe stomac mai ales pentru ulcer şi care nu a realizat aclorhidria, fiind favorizat de încărcarea ereditară ulceroasă. Survine mai ales după gastroenteroanastomoză şi în special după cea anterioară (20%) şi mult mai rar după rezecţie, vagotomie (4%). Se dezvoltă în vecinătatea însăşi a gurii anastomotice gastrointestinale. Clinic, suferinţa în cele mai multe cazuri este dominată de durere, care este mai vie şi mai tardivă şi situată mai la stînga şi mai jos (în punctul paraombilical stîng) decît înainte de operaţie. Durerea nu se calmează la alimentaţie sau alcaline şi se însoţeşte adesea de vărsături, diaree, pierdere ponderală marcată. Explorarea secretorie arată prezenţa aciditătii. Examenul radiologic evidenţiază nişa sau numai un punct dureros ce corespunde cu zona gurei de anastomoză.

**Tratamentul** este, în primul rînd, **preventiv.** Vor trebui evitate intervenţiile care pot genera ulcer peptic jejunal (gastroenteroanastomoza, gastroenteroanastomoza Roux-en Y, rezecţia de excludere Finsterer). **Tratamentul curativ medical** are unele şanse numai în ulcerul peptic jejunal recent şi este asemănător cu cel al ulcerului gastroduodenal. Recidivele sînt însă mult mai frecvente şi, dacă nu există contraindicaţii de vîrstă şi stare generală, trebuie indicat **tratament chirurgical.** Acesta din urmă constă în dubla rezecţie gastrojejunală, deci în ablaţia a 2/3 din stomac, ca în rezecţia clasică, împreună cu ansa jejunală anastomozată (vezi „degastroenteroanastomoză"). Refacerea continuităţii digestive se realizează fie după procedeul Krönlein-Reichel-Polya, fie după

Scanned with OKEN Scanner

procedeul Péan. A nu se neglija existența eventuală a unei tumori pancreatice gastrinosecretante (sindrom Zollinger-Ellison) cu recidivă ulceroasă (vezi capitolul respectiv). În ulcerul peptic jejunal survenit după rezecție întinsă, în recidivele după dubla rezecție sau la bolnavii în vîrstă intră în discuție și vagotomia, care în unele cazuri a dat rezultate bune.

**VAGOTOMIE** (vezi „Dragstedt").

Scanned with OKEN Scanner

# INTESTIN SUBȚIRE

**ANASTOMOZA ÎN Y** (Roux). Tehnică aplicabilă în colecistojejunostomie, coledocojejunostomie și esofagojejunostomie. Este preferată pentru că ansa intestinală este întreruptă, secționată, segmentul distal fiind adus sus la organul cu care se anastomozează, iar segmentul proximal fiind implantat termino-lateral la piciorul ansei. În acest fel se evită refluxul conținutului intestinal în căile biliare sau în esofag (fig. 33). Pentru acest motiv este folosită, excepțional și în gastrojejunostomie, atunci cînd vrem să derivăm total sucurile biliopancreatice de la stomac (vezi „gastrita bontului").

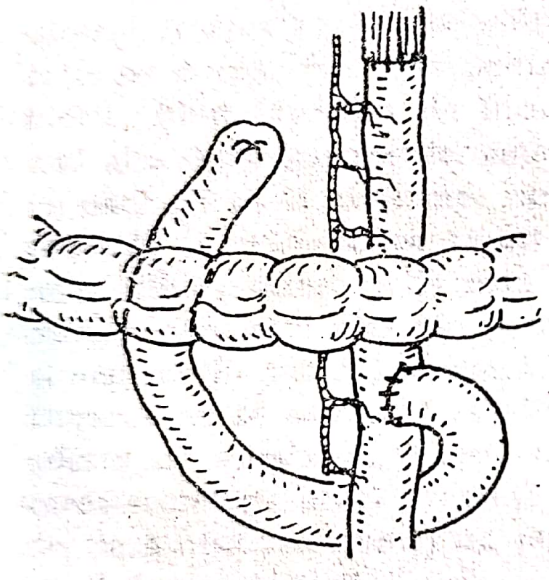


Fig. 33.

**ANASTOMOZA ÎN OMEGA** (Moynihan). Tehnică aplicabilă în colecistojejunostomie, coledotomie. Este criticabilă pentru că ansa jejunală este păstrată intactă și anastomozată în continuitate cu unul din organele amintite. În consecință, după anastomoză se produce refluxul

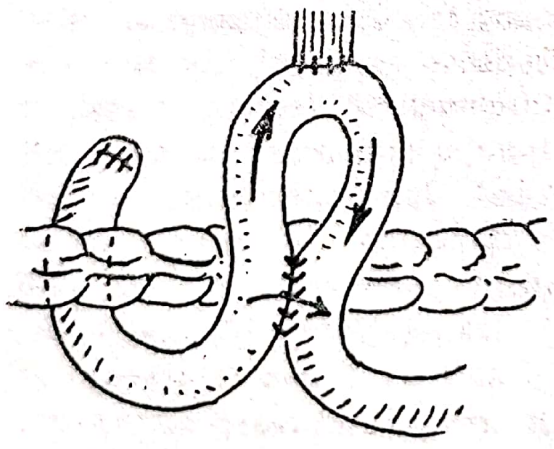


Fig. 34.



Scanned with OKEN Scanner

conținutului intestinal în aceste organe. O jejunojejunostomie la picioarele ansei (Braun) micșorează acest reflux (fig. 34).

**ANASTOMOZA IZOPERISTALTICĂ.** Tip de anastomoză în care sensul peristalticei este același în ambele segmente de tub digestiv unite prin sutură. Este modalitatea obișnuită, cu funcționalitate perfectă (fig. 35).

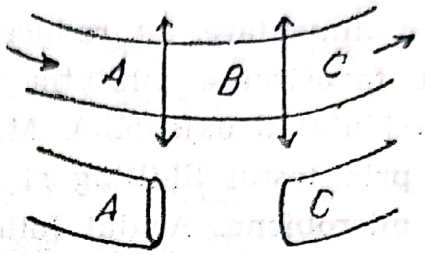
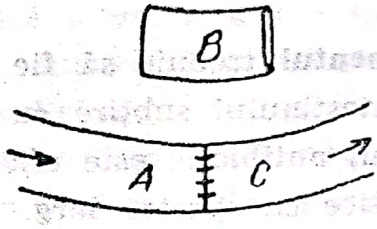



Fig. 35.




**ANASTOMOZA ANIZOPERISTALTICĂ.** Tip de anastomoză în care sensul peristalticei este diferit (opus) în cele două segmente de tub digestiv alăturate prin sutură. Această modalitate dă tulburări de tranzit și trebuie evitată (fig. 36).

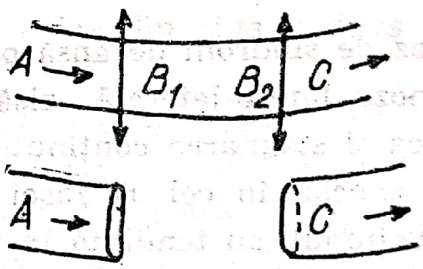
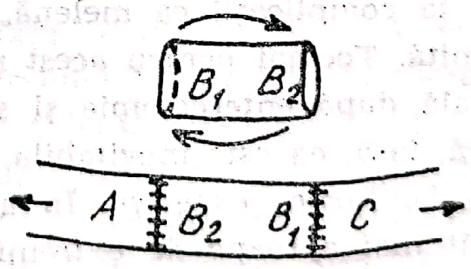



Fig. 36.




**ANSA OARBĂ** (sindrom). Se înțelege ansamblul tulburărilor secundare poluării microbiene în intestinul subțire (normal steril), rezultat prin modificarea motricității intestinale. Reducerea vite-

zei de tranzit intestinal permiţînd dezvoltarea unei flore intraluminale patologice se produce mai ales la nivelul unei stenoze sau a unei anse intestinale înfundate. Tulburările variază după nivelul barajului, după întinderea lui cît şi după densitatea florei microbiene. În barajele înalte se deranjează absorbţia jejunală (mai ales a grăsimilor), iar în cele inferioare, ileale apar perturbări în rezorbţia vitaminei $B_{12}$. Steatoreea rezultă din malabsorbţia grăsimilor alimentare, iar reducerea în intestin a sărurilor biliare conjugate favorizează inhibiţia resintezei trigliceridelor (sub influenţa acidului deoxicholic). Malabsorbţia vitaminei $B_{12}$ se evidenţiază prin testul Shilling şi se datoreşte efectului competitiv al florei microbiene. Acidul folic este crescut în sînge, rezorbţia lui fiind favorizată printr-o sinteză crescută de către germenii poluanţi.

**Tratamentul** trebuie să fie etiologic, deci **chirurgical,** vizînd corecţia intestinului subţire cu restabilirea unui tranzit normal. **Tratamentul antibiotic** este eficace cîteva zile şi se poate aplica cu antibiotice cu spectru larg. Sînt indicate cele nerezorbabile (neomicina), dar este de subliniat că tetraciclina s-a dovedit mai eficace. După oprirea tratamentului medical, dacă nu se aplică corecţia chirurgicală, atunci efectul favorabil al antibioterapiei dispare cu încetul, trebuind să fie reluată după un interval variabil.

Un caz de sindrom de ansă oarbă îl poate oferi, uneori, enteroanastomoza latero-laterală, zisă „patologică". Se explică prin acumularea şi stagnarea conţinutului intestinal în bonturile intestinale, în special în cel al ansei craniale. Bonturile se alungesc, îşi cresc volumul, au tendinţă la volvulare şi dau tulburări digestive pînă la complicaţii ca melenă, ocluzie, perforaţie secundară cu peritonită. Tocmai pentru acest motiv se evită anastomoza latero-laterală după enterectomie şi se preferă cea termino-terminală. Dacă, însă, ea este inevitabilă, atunci vom încerca să facem profilaxia bonturilor excesive. În acest scop vom executa anastomoza cît mai aproape de extremităţile anselor. Cînd suferinţa de „ansă oarbă" este importantă se poate face indicaţia de reintervenţie: enterectomie cu ridicarea segmentului anastomozat latero-lateral şi refacerea continuităţii intestinale printr-o anastomoză termino-terminală.

Scanned with OKEN Scanner

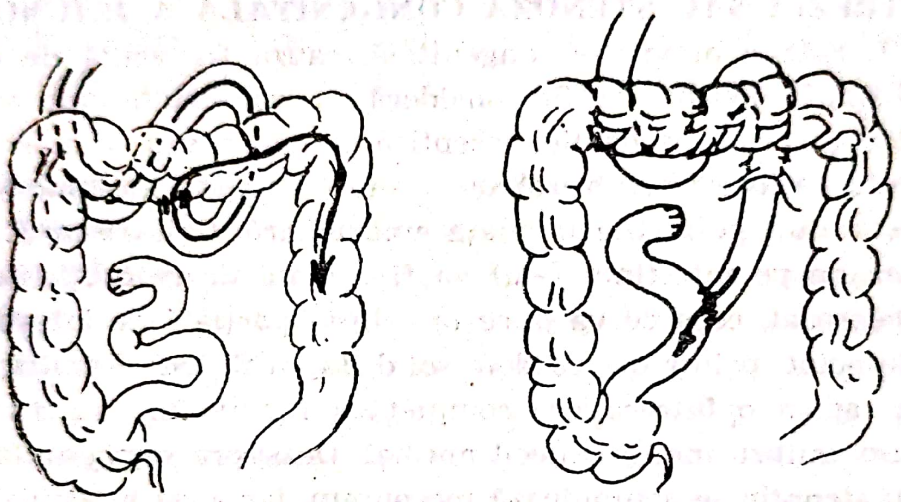
**APOPLEXIE ABDOMINALĂ.** Este un termen care definește hemoragia abdominală masivă apărută prin ruptura spontană a unui vas sanguin visceral. Este echivalentul abdominal al hemoragiei cerebrale. Apare foarte rar. **Tratamentul** constă în **transfuzie sanguină imediată** și **intervenție chirurgicală** de îndată ce pacientul a fost reechilibrat. La operație se caută și se face ligatura arterelor viscerale mici care sîngerează. Dacă s-a găsit ruptura unui anevrism splenic se face splenectomie. Dacă s-a găsit ruptura arterei hepatice, se tentează o reconstrucție. Prognosticul este bun, cînd s-a putut identifica vasul rupt (mortalitate de 15%).

**ATREZIA SAU STENOZA CONGENITALĂ A JEJUNOILEONULUI.** Este o anomalie congenitală, cauză frecventă de ocluzie intestinală la nou-născut. Se consideră a fi consecința unui accident vascular (necroză ischemică aseptică a unuia sau a mai multor segmente de intestin subțire) sau a unui accident mecanic (ciupire a intestinului) petrecute în viața embrionară. Oricare ar fi cauza, leziunea de pe intestinul fetal va fi urmată de rezorbția segmentului necrozat, ceea ce va duce la o lipsă parțială de intestin subțire, înlocuit printr-un cordon solid în acel loc. Rezultă sau o atrezie, adică o întrerupere completă a lumenului sau o stenoză, adică un calibru mai mic decît normal. Deasupra segmentului atrezic sau stenotic se acumulează meconium, iar ansa intestinală proximală se destinde enorm și arată pete de necroză care trec rapid în perforație și peritonită fatală, chiar din ziua a doua de viață după naștere.

De aceea, **tratamentul chirurgical** este singurul eficace și un diagnostic precoce are importanță vitală. Operația nu trebuie să se facă mai tîrziu de a doua zi de viață. Pregătirea preoperatorie este importantă ca în orice ocluzie, dar nu atît cît în atrezia duodenală, căci aici avem de a face cu o ocluzie joasă de intestin subțire. În consecință, copilul trebuie dus în sala de operație cu o întîrziere minimă. S-au văzut accidente fatale (perforație) apărînd în cele cîteva ore consacrate măsurilor de resuscitare preoperatorie. Se poate apela la transfuzia de sînge, ea este salvatoare la un copil grav șocat. Operația trebuie să fie rezecție intestinală largă și anastomoză termino-terminală. Orice procedeu de scurtcircuitare care lasă pe loc ansa proximală destinsă se va sfîrși fatal, căci leziunile ischemice din peretele rămas progresează și duc sigur la perforație.

Scanned with OKEN Scanner

**BYPASS INTESTINAL.** Este termenul rezervat operației de derivație jejunoileală făcută pentru tratamentul chirurgical al obezității „patologice". O scădere ponderală se poate obține și prin enterectomii masive, dar interesul bypass-ului rezidă în posibilitatea de a reface dispoziția intestinală normală în cazul că au apărut tulburări grave după operație. Operația realizează excluderea majorității intestinului subțire din tranzitul de rezorbție pentru a produce o scădere ponderală pînă la nivel normal, fără a produce efecte secundare severe precum diareea, malnutriția sau decesul bolnavului. Inițial s-a încercat jejunotransversostomia (Payne) (fig. 37 a), dar ea a avut efecte secundare atît de grave încît a



*a)* *b)*

Fig. 37.

fost abandonată în favoarea anastomozei jejunoileale (Scherman) (fig. 37 b), mai întîi termino-laterală și actualmente termino-terminală, cu derivația intestinului exclus în colonul terminal. Scăderea ponderală este regula la toți operații, la început rapidă (cam cinci kilograme pe lună în primele șase luni), apoi mai lentă și stabilizată după trei ani. Practic, diareea apare la toți operații, dar ea are tendința de a se ameliora cu timpul.

Indicația operației trebuie restrînsă la obezitatea „patologică", aceea care depășește cu 50 kilograme greutatea naturală staturală sau care atinge dublul acestei greutăți și la care tratamentul medical timp de cel puțin cinci ani s-a soldat printr-un eșec. Vîrsta tînără este o indicație în plus, mai ales dacă se asociază prezența unui diabet, a unei hipertensiuni moderate sau a unei hiperlipidemii. Este foarte important ca pacientul să aibe o personalitate stabilă, pe care o considerăm capabilă să coopereze cu noi cu ocazia investigațiilor motivate de operație și mai ales mulți ani

Scanned with OKEN Scanner

după scurtcircuitul intestinal. Factorii care influențează decizia operatorie sînt complicațiile sau afecțiunile asociate obișnuit obezității patologice : hipertensiunea, sindromul Pickwick, artrita degenerativă, tulburările menstruale, sterilitatea, incapacitatea de a practica îngrijiri de igienă corporală, diabetul, guta, staza venoasă cu edem și ulcerație.

Asemenea operație necesită o preparare fizică și psihică minuțioasă. În special, trebuie vorbit bolnavului despre posibilitatea riscurilor și a complicațiilor și, mai ales, despre posibilitatea de a fi reoperat de urgență pentru a restabili un circuit normal în caz de tulburări metabolice grave cu diarei masive, imediate și incontrolabile. Totuși, complicațiile imediate ale operației sînt rare : afecțiuni ale peretelui, complicații pulmonare (hipoventilație prin suprarîdicarea diafragmului în poziție culcată), tulburări hidroelectrolitice, leziuni anale jenante prin diareele frecvente, balonizarea tranzitorie a părții proximale a jejunului închis în sus. Mortalitatea operatorie este în jur de 5%. Printre complicațiile tardive relevăm alterarea hepatică. Se observă steatoză frecventă, care poate duce chiar la exitus prin insuficiență hepatică. De aceea, după acest tip de operație este necesară o supraveghere hepatică prelungită, biologică și histologică (dacă e posibil prin puncție hepatică). În urmările tardive s-au mai notat : litiază renală, manifestări articulare diverse de tip poliartralgii și poliartrite pseudoreumatoide, ulcer gastroduodenal (imputabil hipersecreției gastrice apărută după bypass-ul intestinal).

**CANCER DE INTESTIN SUBȚIRE.** Adenocarcinomul este, de regulă, o tumoră stenozantă („în inel") și se localizează mai frecvent la cele două extremități ale intestinului subțire, ileon și jejun proximal. Sarcomul este mai frecvent. **Tratamentul** este numai **chirurgical** : rezecție segmentară de intestin, cu rezecția cuneiformă a mezenterului pentru a se face ablația largă a teritoriului ganglionar respectiv. Se va verifica coexistența altor tumori pe intestinul subțire (aici sînt prezente neoplasme multiple).

**CROHN** (boală) (vezi „ileita terminală").

**DEFICIT DE LACTAZĂ** (intoleranța față de lactoză). Enzimopatie care se traduce clinic prin fenomene de intoleranță digestivă în urma consumului de alimente care conțin lactoză. Poate fi primară sau secundară. Prima evoluează ca boală autonomă, în timp

Scanned with OKEN Scanner

ce ultima care este, de fapt, şi cea mai frecventă apare în cadrul unor afecţiuni digestive diverse (enterocolopatii cronice, rectocolită hemoragică, boala lui Crohn, stomac rezecat, hepatopatii cronice etc.).

Factorul terapeutic esenţial este **alimentaţia dietetică**, adaptată atît naturii deficitului enzimatic cît şi gravităţii fenomenelor de intoleranţă (diaree, malasimilaţie etc.). În caz de enzimopatie primară, cu caracter ereditar se vor interzice toate alimentele care conţin lactoză. Bolnavul va fi avizat asupra faptului că nu numai laptele trebuie eliminat, ci şi toate derivatele lui care conţin lactoză : brînză, smîntînă, unt, iaurt, frişcă. În plus, lactoza poate fi disimulată într-o serie de preparate alimentare care, de asemenea, pot produce intoleranţă. Această dietă restrictivă se va recomanda şi în formele severe ale deficitului enzimatic secundar pînă în momentul cînd fenomenele clinice diminuă sau dispar. Ulterior se va încerca o reintroducere a lactozei în alimentaţie începînd cu doza de 5 g care se va mări treptat pînă la apariţia intoleranţei. În acest fel este uşor de stabilit cantitatea optimă de lactoză. În lipsa lactozei se poate testa toleranţa şi cu cantităţi mici de lapte. În unele cazuri prin aceste prescripţiuni dietetice se poate realiza un antrenament al secreţiei de lactază suficient pentru a permite, ulterior, o dietă normală. În formele medii şi uşoare de boală se va încerca doar reducerea consumului alimenar de lactoză. În orice caz, medicul trebuie să chibzuiască mult înainte de a interzice consumul de lapte. Conţinutul bogat în calciu explică apariţia fenomenelor de osteoporoză la bolnavii care au renunţat pentru mult timp la acest aliment. În plus, laptele cu greu poate fi scos din alimentaţia copilului fără unele repercusiuni asupra procesului de creştere. De aceea, s-a încercat introducerea în comerţ a unor preparate de lapte fără lactoză (LIDA-LAC), cît şi suplimentarea aportului de calciu şi vitamina $D_2$.

În deficitul enzimatic secundar (de însoţire), paralel cu prescripţiile dietetice se recomandă şi **combaterea afecţiunii de bază.** Pentru corectarea hiperexcitabilităţii şi hipermotricităţii intestinale se mai pot utiliza novocaina sau xilina 1% *per os*, înainte de mese şi/sau parasimpaticoliticele anticolinergice.

**DIVERTICUL MECKEL.** Este o anomalie congenitală, un vestigiu al canalului vitelin (omfalomezenteric), care leagă intestinul embrionar de vezicula ombilicală, lipită de placentă. Rămîne situat pe marginea antimezenterică a intestinului subţire, cam la 80 cm

Scanned with OKEN Scanner

de valva ileocecală. Deși frecvența sa este calculată cam la 1—3% din populația generală, numai un mic număr dă simptome.

În consecință, se tratează numai diverticulul Meckel care se manifestă simptomatic, tratamentul fiind chirurgical (excizie). Se mai operează și diverticulul găsit la copii, incidental, la laparotomia făcută pentru alte boli. Un diverticul Meckel trebuie căutat și excizat la laparotomie ori de cîte ori leziunea pentru care am deschis abdomenul nu este găsită și cînd o hemoragie intestinală persistentă a fost simptomul principal (în special la copii). Dimpotrivă, excizia diverticulului găsit incidental la operație este contraindicată în următoarele situații : în asociație cu inflamația acută a altor structuri (de ex. apendicita acută) ; în asociație cu ocluzia intestinală acută, care nu este de origine diverticulară ; la pacienții cu risc însemnat sau la cei cu cancer metastatic.

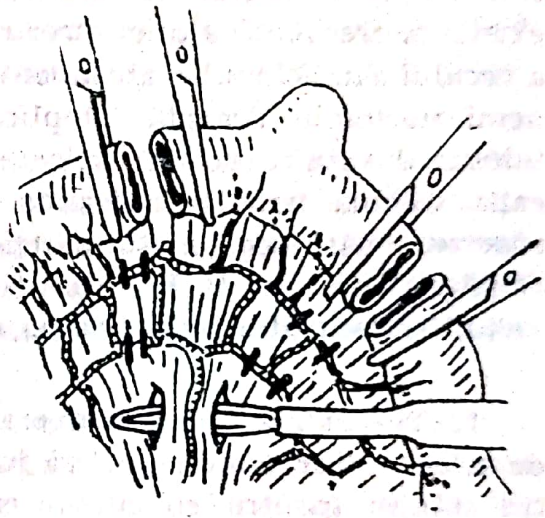


Fig. 38.

Extirparea diverticulului Meckel se face prin două metode. O metodă este rezecția în unghi sau în V a ileonului cu diverticulul Meckel pe care îl conține (diverticulectomie). Cealaltă metodă constă în rezecția unui segment de ileon, acela care conține diverticulul (enterectomie), urmată de anastomoză terminoterminală (fig. 38). Această a doua metodă este rezervată cazurilor mai complicate, de exemplu, pentru pacienții cu malignizare, cu gangrena diverticulului etc. În total, rezultatele operației sînt bune. În statistica lui R. E. Gross (1953) au fost 71 supraviețuiri din 76 de de cazuri.

**DUPLICAȚIA JEJUNOILEONULUI.** Termenul de „duplicație" se aplică la orice structură cavitară atașată sau strîns situată lîngă una din porțiunile canalului digestiv și care o imită pe aceasta atît macro- cît și microscopic. Anomalia este congenitală și se întîlnește extrem de rar. Se poate găsi oriunde pe tubul digestiv, de la faringe la rect, dar în 3/4 din cazuri ea este legată de intestinul subțire, în special de ileon. Unele duplicații nu dau tulburări și sînt descoperite accidental cînd se operează altă leziune. Altele vin la

Scanned with OKEN Scanner

operaţie din cauză că produc simptome (durere sau tumoră) sau complicaţii (obstrucţie, hemoragie sau perforaţie). Oricum le-am întîlni, **duplicaţiile trebuie operate** dat fiind riscurile ce se asociază cu prezenţa lor.

Procedeul operator variază cu sediul leziunii. În cazul duplicaţiei jejunoileonului operaţia este inspirată de doi factori anatomici : 1) Duplicaţia nu poate fi separată de intestin fără lezarea acestuia (doar în foarte rare cazuri). 2) Vasele sanguine ale intestinului trec peste duplicaţie, aşa că o tentativă de extirpare a anomaliei poate leza aceste vase şi poate duce la necroza intestinului. Pentru aceste motive, este corect ca tratamentul chirurgical să fie o **rezecţie „en bloc"** a duplicaţiei şi a intestinului învecinat cu restabilirea, apoi, a continuităţii. La intestinul subţire, acest procedeu este simplu şi destul de localizat, dar trebuie avut în vedere coexistenţa frecventă a unei atrezii. Duplicaţiile joncţiunii ileocecale, a cecului sau colonului ascendent sînt cel mai bine tratate printr-o hemicolectomie dreaptă. Duplicaţiile toracice care provin de la intestinul subţire pot fi excizate pe cale toracoabdominală ; operaţia trebuie tentată totdeauna dacă simptomele (ca hemoragia) sugerează că mucoasa este gastrică. În total, rezultatele sînt bune. După statistica lui R. E. Gross (1953), 44 din 48 de copii au supravieţuit tratamentului duplicaţiei enterice.

**ENTERECTOMIE.** Este operaţia prin care se rezecă o porţiune de intestin. Termenul se referă în mod specific la rezecţia de intestin subţire (pentru colon s-a rezervat termenul de colectomie). Enterectomia se execută pentru indicaţii multiple : atrezia sau stenoza congenitală a jejunoileonului ; unele cazuri de ocluzie intestinală la nou-născut, după ileus prin meconium ; unele forme de duplicaţie a tractului alimentar ; unele complicaţii ale diverticulului lui Meckel ; unele leziuni traumatice ale intestinului subţire ; unele forme de boală a lui Crohn ; stenoza intestinului după o inflamaţie sau ulceraţie prezentă sau antecedentă sau după unele tipuri de hernie strangulată externă ; unele cazuri de fistulă intestinală ; gangrena intestinală cauzată de strangularea într-un sac extern sau intern sau apărînd în ocluzia intestinală ; ulcerele stenozante simple ale intestinului ; cazurile rezecabile de tumori maligne şi benigne (unele tipuri) ale jejunoileonului ; cazuri de tumori în mezenter, cînd irigaţia intestinului este ameninţată.

Urmările enterectomiei sînt simple, dacă ea a interesat pînă la 1/3 din lungimea totală a intestinului şi dacă a fost corect exe-

Scanned with OKEN Scanner

cutată. Dacă, însă, această întindere a fost depăşită este posibilă atunci apariţia unor tulburări digestive şi de rezorbţie care sînt cu atît mai mari cu cît lungimea de intestin restantă este mai mică (vezi „sindromul de intestin scurt").

**ENTEROANASTOMOZA.** Este operaţia prin care se creează o comunicare funcţională între două segmente de intestin. Adăugînd terminaţia — stomie la denumirea celui de al doilea segment de anastomozat, precizăm segmentele de intestin între care s-a făcut anastomoza (jejunojejunostomie, ileosigmoidostomie). Enteroanastomoza se execută pentru indicaţii multiple : restabilirea continuităţii intestinale după enterectomie ; restabilirea continuităţii intestinale după scurtcircuitarea unui obstacol ocluziv sau obstructiv inextirpabil ; restabilirea continuităţii intestinale după unele procedee de enteroplastie ; restabilirea continuităţii intestinale după ocolirea unui segment intestinal pentru motive funcţionale (bypass-ul pentru obezitate).

În funcţie de prezenţa „timpului septic" inerent operaţiei (deschiderea lumenului intestinal) s-au descris **metoda deschisă** (unde timpul septic nu se evită, dar se izolează bine) şi **metoda închisă** (unde timpul septic se eludează prin artificii de tehnică, posibile în tipul termino-terminal, dar inutile astăzi datorită antibioticelor şi asepsiei).

Execuţia unei enteroanastomoze trebuie să respecte mai multe **principii de tehnică :** a) după rezecţia intestinului şi a mezenterului respectiv părţile rămase pentru anastomoză trebuie să fie sănătoase, suple şi să aibe o irigaţie bună ; b) unirea lor trebuie să fie etanşă ; c) gura de anastomoză să fie adecvată ; d) linilie de sutură să fie fără nici un fel de tensiune ; e) golul rezultat în mezenter să fie închis cu grijă ; f) contaminarea cîmpului operator să fie evitată cu atenţie. În cursul întregii operaţii să se exercite cea mai mare precizie şi ordine. O sutură greşită va produce fistulă şi peritonită ; o sutură bine făcută va asigura o unire perfectă a celor două capete intestinale.

**ENTEROANASTOMOZA TERMINO-TERMINALĂ.** Este tipul de enteroanastomoză în care cele două segmente de intestin care se vor uni sînt cusute cap-la-cap (fig. 39). Indicaţia sa ideală este restabilirea continuităţii după enterectomia segmentară. Tipul acesta de enteroanastomoză are avantaje multiple, ceea ce îndreptăţeşte preferarea sa ori de cîte ori este posibil. Aceste avantaje

Scanned with OKEN Scanner

sînt : a) corespunde perfect anatomiei ; b) permite o bună economie de material intestinal ; c) are o execuţie mai simplă şi mai rapidă decît ori care alt procedeu de anastomoză. Sînt şi **dezavantaje** : a) gura realizată poate stenoza lumenul intestinal (dar o sutură monoplan sau una biplan corect făcută evită acest neajuns) ; b) prezintă un punct critic la cusătura mezostenică (dar punctul acesta poate fi suturat corect) ; c) uneori este irealizabilă, din cauza eventualei incongruenţe a capetelor intestinale de anastomozat (dar o serie de artificii tehnice elimină şi acest neajuns).

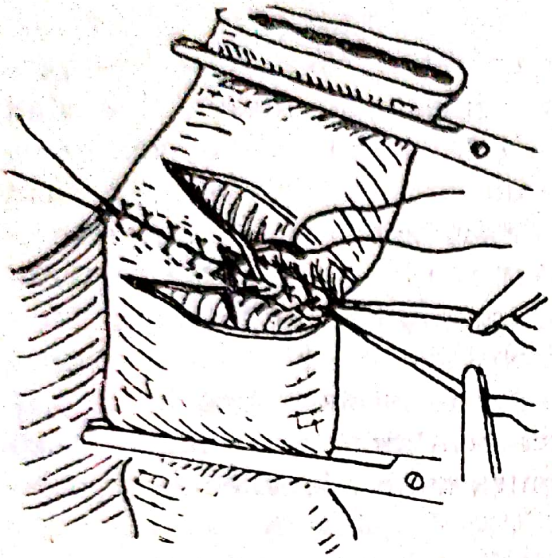


Fig. 39.

**ENTEROANASTOMOZA LATERO-LATERALĂ.** Este tipul de anastomoză în care comunicarea se stabileşte prin deschideri create pe feţele laterale ale anselor intestinale ce urmează a fi anastomozate (fig. 40). Este indicată ca anastomoză de scurtcircuitare pentru a crea o comunicare în continuitatea intestinului între segmente situate supra- şi subiacent unui obstacol inextirpabil. Dar, în anumite condiţii (inflamaţie, deperitonizări, incongruenţă) are indicaţie şi ca anastomoză pentru restabilirea continuităţii intestinale după enterectomie (unde, după cum am spus, se preferă enteroanastomoza termino-terminală).

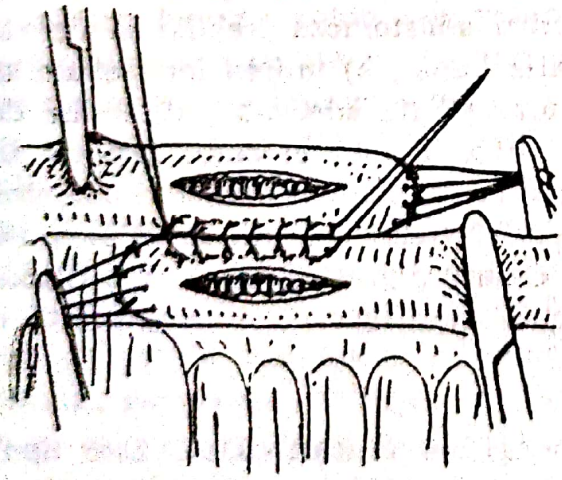


Fig. 40.

Tipul de enteroanastomoză latero-laterală are următoarele **avantaje** : a) nu prezintă punctul critic al firului mezostenic (de la anastomoza termino-terminală) ; b) crează o comunicare largă între cele două segmente de intestin care se anastomează, deci exclude stenoza gurii ; c) oferă o securitate suplimentară în privinţa

unei eventuale fistulizări prin acolarea largă seroseroasă pe care o realizează. Sînt şi **dezavantaje** : a) necesită un timp mai îndelungat pentru execuţie (pentru că pe lîngă anastomoză trebuie să se facă şi închiderea capetelor intestinale) ; b) sacrifică o porţiune mai mare de intestin decît anastomoza termino-terminală (segmentul de intestin rezecat plus 10—15 cm intestin necesari zonei de anastomoză) ; c) poate da naştere la „sindromul de ansă oarbă".

**ENTEROANASTOMOZĂ TERMINO-LATERALĂ.** Este tipul de anastomoză în care capătul proximal al intestinului de anastomozat este cusut la o deschidere practicată pe faţa laterală a ansei distale (fig. 41). Are următoarele indicaţii : a) incongruenţa marcată a segmentelor de anastomozat (anastomoza dintre intestinul subţire şi colon, de pildă, deşi şi aici trebuie făcut efortul pentru a face o anastomoză termino-terminală corectă) ; b) excluderea unilaterală a unui segment intestinal (enteroexcluderea) ; c) confecţionarea unei anse subţiri excluse, în vederea efectuării unei enteroplastii.

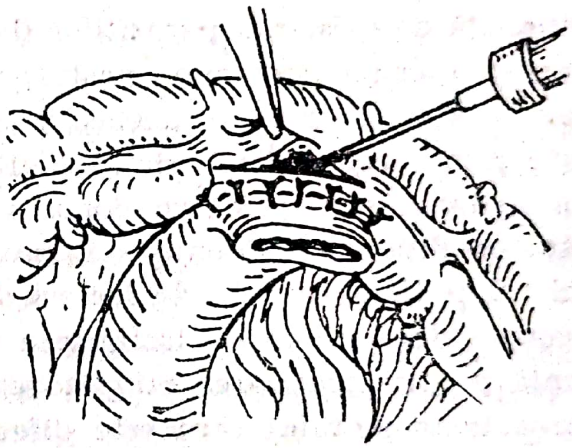


Fig. 41.

**ENTEROTOMIE.** Este operaţia prin care se deschide (prin incizie) lumenul intestinului subţire în scop explorator sau în scop terapeutic. Enterotomia exploratorie se face în vederea recunoaşterii unei leziuni intraluminale. Enterotomia terapeutică se execută fie în scopul golirii intestinului subţire (în tratamentul ocluziilor acute), fie în scopul extragerii unui corp străin intraluminal. Enterotomia de golire din timpul laparotomiei pentru ocluzie constituie o măsură esenţială, pentru că ea preîntîmpină toxiinfecţia ce se dezvoltă prin absorbţia conţinutului intestinal de stază şi pentru că ea favorizează reluarea tranzitului în perioada postoperatorie. Ea foloseşte canule speciale pentru aspiraţie, peste care intestinul subţire se plisează treptat, cu blîndeţe.

**ENTEROSTOMIE.** Este operaţia prin care se stabileşte o comunicare între lumenul unei anse subţiri şi exterior în scopul introducerii alimentelor sau, dimpotrivă, în scopul evacuării conţi-

Scanned with OKEN Scanner

nutului intestinal. Enterostomia de alimentație folosește exclusiv anse jejunale așa că poate fi denumită, mai precis, jejunostomie. Enterostomia de evacuare utilizează exclusiv anse ileale și, de aceea, se denumește mai precis ileostomie (sau ileoproctie, gr. proktos : anus).

**ENTEROPATIE CRONICĂ NESPECIFICĂ.** Delimitarea nozologică a bolii s-a făcut în ultimii ani, metodele de explorare speciale (endobiopsie, culturi microbiene endointestinale, examene radiologice etc.) avînd o contribuție hotărîtoare. Cu etiologie plurifactorială și cu mecanisme patogenetice variate, enteropatia cronică nespecifică prezintă forme clinice multiple, grupate în primare și secundare. În grupul celor secundare, afecțiunea poate fi condiționată de existența paraziților (lamblii, strongiloizi), de stomacul operat (postgastrectomie, postvagotomie, gastroenteroanastomoză) sau de o aclorhidrie. În același grup se cuprind și formele dezvoltate prin carență dizaharidică (deficit de lactază) sau prin alergie alimentară. În grupul formelor primare se cuprind tipurile apărute fără condiționări evidente, survenind autonom ca manifestare primitivă și fiind cauzate de factori de teren predispozanți și factori exogeni determinanți. Clasificarea acestor forme are mare importanță pentru precizarea etiopatogeniei, element decisiv în formularea tratamentului care este diferit în formele secundare (după factorul condiționat) față de cele primare. Tot cu mare semnificație pentru aplicarea tratamentului este precizarea morfopatologică a structurii mucoasei intestinale și a activității enzimatice, elemente care implică endobiopsii repetate.

**Tratamentul** are ca obiectiv asigurarea unui **regim de viață echilibrat,** cu repartizarea rațională a activității, odihnei și orelor de masă. Trebuie evitați agenții care stimulează peristaltismul (emoții, tutun, frig, lichide reci).

**Alimentația** este mijlocul de bază și uneori suficient pentru echilibrarea bolnavului. Alimentația se face la ore fixe, nu în cantități mari și fracționată (cinci-șase ori pe zi), consumată în liniște, cu o bună masticație (atenție la situația dentară). În alimentație intră toți principii alimentari și mai ales proteine, vitamine. Se recomandă un regim de cruțare digestivă pentru evitarea acțiunii iritante a unor alimente și reducerea solicitării tractului digestiv. Acest lucru presupune reducerea aportului de celulozice (varză, leguminoase uscate), de condimente, ardei iute, piper, muștar, hrean,

Scanned with OKEN Scanner

usturoi, ceapă. Alimentele vor fi bine fierte şi pasirate cu recomandarea pentru consum a celor uşor digestibile (carne tînără, brînză de vaci, făinoase în cantităţi moderate). Se exclud alimentele greu digestibile (carne de animale bătrîne, vînat, afumături, brînzeturi fermentate). Dulciurile sînt permise în cantităţi mici (sînt fermentabile), iar soluţiile concentrate de glucide (siropuri) sînt interzise. Trebuie urmărit un echilibru în regimul alimentar pentru a evita exagerarea putrefacţiei sau a fermentaţiei prin administrare adecvată de proteine sau glucide. În fazele acute se recomandă repaus la pat, cu un regim hidric pentru una-două zile (ceai amar, zeamă de orez, supă de zarzavaturi strecurată şi bine sărată, mere rase). Se continuă, apoi, cu mese dese dar reduse cantitativ ce conţin orez fiert, brînză de vaci, carne tînără, slabă, fiartă, sucuri de legume.

Tratamentul patogenetic presupune combaterea factorului microbian şi se face de preferinţă după o coprocultură (recoltare cu sonda, eventual recoltare din jejun cu protejare). În puseele acute se folosesc antibioticele cu spectru larg, în scurte perioade, cîteva zile. **Tratamentul antibacterian** al formelor cronice şi chiar acute se face cu sulfamide nerezobabile (ftalisulfatiazol 3 g/zi, sulfametin 0,5—1 g/zi, saprosan 6 tablete/zi sau mexaform 4 tablete/zi).

**Combaterea fermentaţiei intestinale** se face cu calciu carbonic 30—40 g/zi fracţionat în mai multe prize, iar a putrefacţiei cu săruri de bismut. Se folosesc uneori şi medicamente cu acţiune adsorbantă (care urmăresc fixarea toxinelor, gazelor) : cărbune medicinal 5 g/zi sau mucilagii (Galcorin).

Tratamentul bolii trebuie să vizeze eventuale deficienţe secretorii gastrice, pancreatice etc. şi să le corecteze printr-un **tratament substituiv** (vezi şi „gastrita cronică").

**Tratamentul simptomatic** va combate durerea, meteorismul, flatulenţa. Se vor folosi soluţie de novocaină 1% cîteva linguri pe zi, papaverină sau anticolinergice (atropină, tinctură beladonă 3—15 picături/zi). Meteorismul şi flatulenţa impun eliminarea celulozicelor, administrarea de cărbune, triferment 6 tablete/zi sau preparate de silicon (efect antispumant). Constipaţia se combate cu ulei de parafină două-patru linguri pe zi, Galcorin patru-cinci linguriţe pe zi şi prin refacerea reflexului de defecare (oră fixă). Se mai aplică un tratament de reechilibrare metabolică şi nervoasă prin administrarea vitaminelor $B_1$, $B_2$, $B_6$, vitamina A, vitamina PP şi a preparatelor de calciu (lactat de calciu 4—6 tablete/zi), iar în formele mai severe se administrează anabolizante şi sedative :

Scanned with OKEN Scanner

madiol două tablete/zi, naposim trei tablete/zi pe o perioadă de 20—30 de zile. Ca sedative se pot folosi tranchilizante, bromuri sau doze mici de barbiturice. **Tratamentul fizioterapic** cuprinde băi calde generale, căldură aplicată pe abdomen în perioada colicilor postprandiale, gimnastică ușoară, plimbări, eventual urtrascurte sau infraroșii pe abdomen. **Tratamentul hidromineral** se indică în stațiunile Sîngeorz, Olănești, Călimănești.

**ENTEROPATIE GLUTENICĂ.** Cunoscută și sub denumirea de steatoree idiopatică, este considerată ca o malabsorbție primitivă cauzată de un defect al mucoasei intestinale ce duce la o insuficiență de digestie a proteinelor din gluten, astfel că ele nu ajung pînă la produși finiți. Deficitul enzimatic este un defect biochimic ereditar și pare a fi consecutiv unei atrofii de mucoasă intestinală. Trei afecțiuni intră în acest grup : sprue nostras, observată la adulți în zona temperată ; coeliachia (boala lui Gee-Herter-Heubner) descrisă la copii în aceeași zonă climatică ; și sprue tropical (de natură infecțioasă). În coeliachie și sprue nostras este incriminată gliadina, proteină ce se găsește în făina de grîu, secară, orz, ovăz (cereale). Cercetările de pînă acum arată că e vorba de o anomalie enzimatică. Enzima absentă este L-glutamilpeptidaza, iar produșii glutenici nedigerați creează o stare de intoleranță specifică și selectivă față de făina din cereale. Modificările morfologice par a fi secundare acestor tulburări, căci ele dispar cînd glutenul este exclus din alimentație. Clinic, la adult maladia începe la 30—40 ani și se caracterizează prin scaune diareice, steatoreice, intermitente, declanșate de abuzul de grăsimi, de oboseală, de semne de deficit vitaminic, feric și calcic. Explorările caracteristice sindromului de malabsorbție sînt alterate, steatoreea fiind mai ales evocatoare pentru diagnostic.

**Regimul fără gluten** reprezintă elementul esențial în tratament și trebuie urmărit sistematic pe o perioadă de minimum șase luni pentru a afirma și confirma existența unei enteropatii glutenice. Se elimină astfel pîinea, pastele făinoase, toate preparatele care recurg la făină (și care sînt foarte numeroase). Vom avea rezerve și asupra conservelor în care pot intra făinoase, dulciuri, caramele preparate cu malț, conserve de carne cu sos, fasole, bere, muștar etc. Alimentația se va baza pe cartofi, orez și derivate de porumb. Sînt indicate proteinele, ca și legumele și fructele. Respectarea regimului trebuie să fie strictă și indefinită. Ea nu aduce o ameliorare imediată și uneori nici măcar rapidă ; după cîteva săptămîni,

Scanned with OKEN Scanner

însă, se observă o regresiune netă a acuzelor dacă regimul a fost urmat fără abateri.

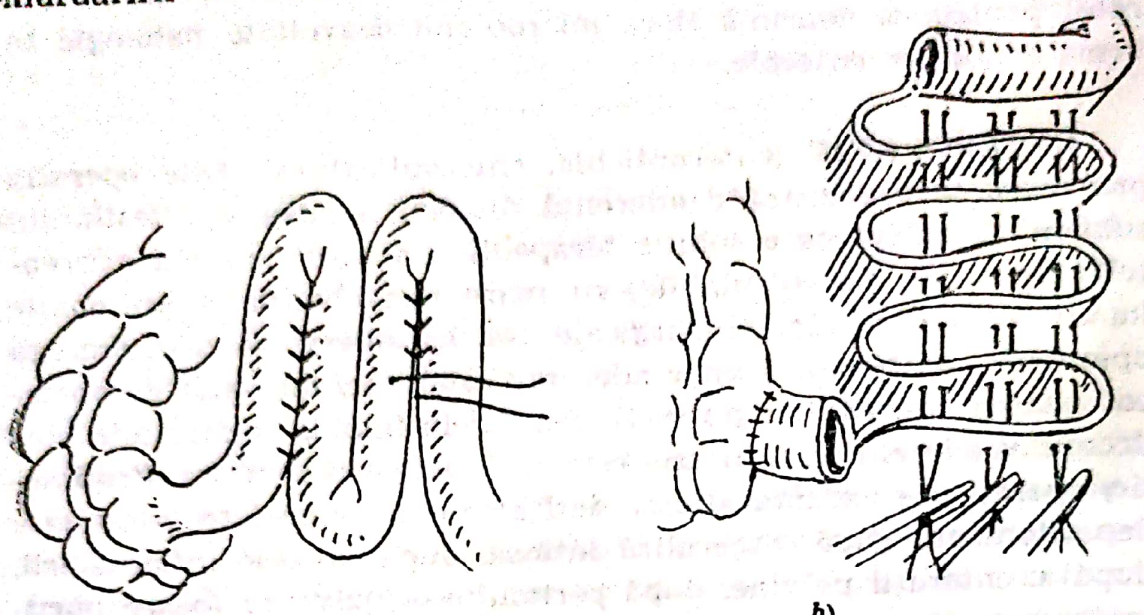
**Medicamentos** se administrează acid folic şi vitamină $B_{12}$ în caz de anemii megaloblastice. Antibioterapia orală are efect favorabil pentru că deprimă flora microbiană dezvoltată patologic în urma leziunilor enterale.

**ENTEROPEXIE** (enteroptichie, enteroplicatură). Este operaţia prin care se realizează o aderenţă dirijată a anselor intestinului subţire. A apărut ca o soluţie terapeutică pentru evitarea aderenţelor anarhice, necontrolabile, cu mare risc obstructiv semnalate în urma intervenţiilor chirurgicale. S-a considerat că prin crearea operatorie deliberată a unor aderenţe ordonate, fără risc de obstacol pentru tranzitul digestiv se vor preîntîmpina suferinţele sindromului aderenţial. Indicaţia este profilactică şi curativă. **Profilactic**, operaţia se execută atunci cînd au rămas suprafeţe intestinale deperitonizate după visceroliză întinsă, după procese inflamatorii, după exenteraţii pelvine, după peritonite ocluzive cu focare purulente diseminate. Dar, mulţi autori exclud din indicaţii cazurile cu peritonită. **Curativ**, operaţia se indică în sindroame ocluzive postoperatorii recidivante, în periviscerita adezivă, după reintervenţii care necesită manevre laborioase pentru eliberarea anselor sau visceroliză întinsă. Prezenţa unor anse intestinale destinse nu este o contraindicaţie (ar fi pericol de perforaţie la sutură !), pentru că o enterotomie de golire pregăteşte ansele pentru trecerea firelor. În caz de zone deperitonizate cu vitalitate dubioasă avem de ales între a face o enteroplastie sau o enterectomie şi vom prefera ultima soluţie, ca fiind mai sigură în rezultate.

După întinderea intestinului plicaturat, enteropexia poate fi minimă (interesînd numai o ansă lezată), parţială (interesînd un număr de anse intestinale) sau totală (interesînd întreg intestinul subţire). După procedeul de execuţie, deosebim enteroplicatura, cînd suturile se aplică pe peretele intestinal (Noble) (fig. 42 a) şi mezoplicatura, cînd adosarea anselor intestinale se face prin suturi pe mezenter (Childs, Poth) (fig. 42 b). Printre complicaţii găsim fistule intestinale postoperatorii, aderenţe cu colonul, pasaj postoperator încetinit (primul scaun poate apărea de abia după 14 zile, ceea ce contraindică operaţia în ileusul postoperator imediat). Recidivele nu sînt excluse. De aceea, mai valoros este să se facă profilaxia aderenţelor în timpul oricăror intervenţii abdominale. S-a folosit, cu rezultate, introducerea intraperitoneală de soluţie Polyvinyl-

Scanned with OKEN Scanner

pyrrolidon 7% greutate moleculară de 30 000. Dar, mai important este comportamentul în timpul laparotomiei : peritonizarea tuturor defectelor, manipularea organelor cu mari menajamente, evitarea murdăririi cu talc, folosirea soluţiilor fiziologice care să nu fie



*a)* *b)*

Fig. 42.

mai calde decît temperatura interioară a corpului, împiedicarea uscării anselor, hemostază scrupuloasă şi utilizarea mănuşilor de cauciuc (nu de aţă).

**ENTEROPLASTIE.** Este operaţia care foloseşte un segment de intestin subţire împreună cu pedicului său mezenteric pentru refacerea, scurtcircuitarea sau chiar înlocuirea parţială sau totală a unui organ cavitar abdominal intra- sau extraperitoneal.

**Enteroplastia de indicaţie digestivă** foloseşte, de preferinţă, anse jejunale. Astfel, refacerea continuităţii digestive după rezecţia parţială sau totală a esofagului sau scurtcircuitarea esofagului lăsat pe loc se face printr-o esofagoplastie cu material jejunal pus în omega (Moynihan) sau pus în Y (Roux). Refacerea continuităţii digestive după rezecţia parţială a stomacului se poate face printr-o gastrojejunostomie terminolaterală (tip Billroth II). Scurtcircuitarea unei leziuni a stomacului distal se face prin unul din procedeele de gastroenteroanastomoză. Repunerea secundară în circuit a duodenului după rezecţie gastrică parţială se face printr-o interpoziţie jejunală (Henley). Înlocuirea stomacului total rezecat se poate realiza printr-o interpoziţie jejunală, care se dispune în maniere diferite, dintre care tipul W. Lawrence Jr. întruneşte multe merite. Re-

facerea colonului sau rectului se poate face, în unele cazuri, printr-o ileocoloplastie sau ileocolorectoplastie. În chirurgia hepatobiliopancreatică ansa jejunală exclusă în Y (Roux), preferabilă ansei în omega, serveşte la multiple scopuri : hepaticojejunostomie, coledocojejunostomie, Wirsungojejunostomie, pancreatojejunostomie. Duodenul lezat se poate petici cu ansă jejunală în continuitate, cu ansă exclusă sau chiar cu mezenterul acesteia.

**Enteroplastia de indicaţie urologică** foloseşte, totdeauna, anse ileale : enteroureteroplastie, enterocistoplastie. **Enteroplastia de indicaţie ginecologică foloseşte** ileonul pentru neocolpopoeză (crearea unui vagin artificial).

Prepararea grefonului intestinal, cînd este cazul, trebuie să respecte cîteva **principii generale** : a) ansa intestinală aleasă pentru enteroplastie să fie situată cît mai aproape de zona de transpunere ; b) cele mai lungi bucle intestinale se caută la circa 40 cm faţă de unghiul duodeno-jejunal şi, respectiv, ileocecal, ceea ce corespunde practic celei de a patra bucle (deci, segmentele menţionate sînt cele mai indicate a fi folosite în scop plastic) ; c) ne asigurăm de posibilitatea mobilizării corecte a grefonului ţinînd seama de dispoziţia vasculară şi starea mezenterului (tot secretul pregătirii grefonului rezidă în respectarea vascularizaţiei sale !) ; d) secţionarea intestinului şi a mezenterului său să păstreze cel puţin două trunchiuri arteriale cu arcadele respective ; e) la mobilizare şi la închiderea breşei mezenterice să nu tolerăm nici o tracţiune, compresiune sau torsiune pe mezenterul grefonului.

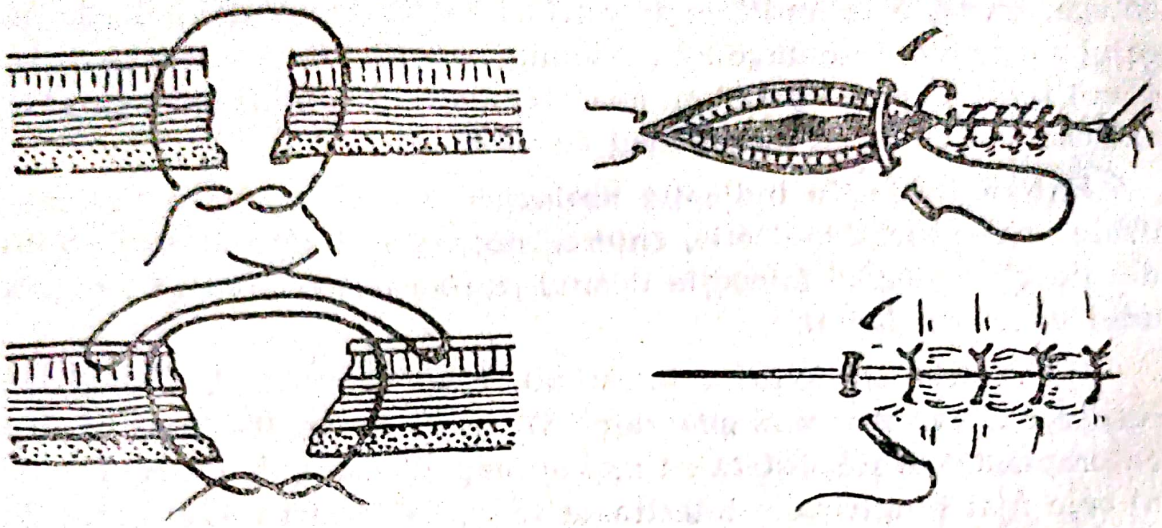
**ENTERORAFIE.** Este operaţia prin care se face sutura unei soluţii de continuitate a intestinului subţire. **Indicaţia** sa este, în primul rînd, închiderea oricărei enterotomii operatorii ; apoi, închiderea unor leziuni traumatice (după contuzie abdominală sau după plagă perforantă) sau a unor perforaţii patologice (perforaţii tifice).

Din punct de vedere al tunicilor intestinale prinse în cusătură distingem două tipuri de enterorafie, cu sutură parţială şi cu sutură totală. **Sutura parţială** nu prinde mucoasa în ac (este extramucoasă) şi se execută monoplan, fie seromusculoseros (Lambert), fie seromusculosubmucos (Halsted, cu fire în U orizontale sau Jourdan, cu fire verticale ancorînd submucoasa). **Sutura totală** prinde toate straturile intestinului, inclusiv mucoasa şi se execută fie totală monoplan (inversantă simplă Jobert, inversantă în U O'Connell, eversantă Getzen), fie totală în două planuri (Wölfler, cu plan mucomucos şi plan seromusculosubmucos şi Czerny, cu plan total şi



Scanned with OKEN Scanner

plan seromusculosubmucos de acoperire) (fig. 43, a b). Din punct de vedere al modului de trecere a firului de cusătură în raport cu lumenul intestinal deosebim cusătura penetrantă şi cusătura ne-



a) b)

Fig. 43.

penetrantă. Din punct de vedere al conducerii firului distingem cusătura cu fir continuu (surjet-ul) şi cusătura cu fire separate (întreruptă).

**ENTEROCOLITA STAFILOCOCICA POSTOPERATORIE.** Este o entitate patologică legată de infecţia stafilococică a intestinului şi asociată în 50% din cazuri cu formare de exudat pseudomembranos. Apare la pacienţii purtători de stafilococi antibioticorezistenţi la care se dă un antibiotic cu spectru larg ca tratament sau ca preparare pentru operaţie. Drept urmare flora bacteriană gastrointestinală uzuală este suprimată de antibioticul cu spectru larg şi stafilococii rezistenţi prezenţi se multiplică rapid şi produs enterotoxină în flux continuu.

**Profilaxia** cuprinde o serie de măsuri dintre care cea mai importantă este folosirea judicioasă a antibioticelor, în special a celor cu spectru larg. Trebuie respectată regula de a se face totdeauna o antibioterapie specifică, centrată pe sensibilitatea microbului izolat. Apoi, folosirea preoperatorie de rutină a antiboiticelor trebuie mult limitată, mai ales înainte de operaţii curate. În plus, pacienţii trataţi cu antibiotice cu spectru larg, mai ales dacă sînt debilitaţi sau au fost supuşi unor operaţii extensive, trebuie să fie bine urmăriţi prin frotiu şi examen cultural din scaun. În sfîrşit, se va preveni infecţia intraspitalicească, toţi pacienţii cu infecţii microbiene

antibioticorezistente trebuind să fie izolaţi sub precauţii sanitare stricte. Este util să mai cunoaştem că răspunsul pacientului la enterotoxine este influenţat de vîrsta şi starea sa generală, precum şi de magnitudinea procedeului operator la care a fost supus. De aceea, în profilaxia enterocolitei stafilococice posteoperatorii intră şi preocuparea de reechilibrare a pacienţilor debilitaţi sau serios bolnavi. Anomaliile de hidratare, volum sanguin, electroliţi şi proteine trebuie să fie recunoscute la timp şi corectate prin înlocuiri orale sau parenterale. Mai trebuie să ne amintim că procedeul operator este necesar să fie adaptat la starea generală a pacientului. La pacientul în vîrstă sau debilitat să se aleagă procedeul cel mai puţin traumatizant şi cel mai rapid. Orice infecţie la un pacient debilitat sau aflat în perioada postoperatorie trebuie examinată bacteriologic, să se testeze şi să se instituie un tratament antibiotic specific.

**Tratamentul curativ** începe prin întreruperea administrării oricărui antibiotic. În cazurile uşoare această măsură aduce ameliorarea simptomelor. Dacă nu se ia această măsură simplă de urgenţă riscăm ca o evoluţie benignă la început să se agraveze rapid ca rezultat al suprimării în continuare a florei intestinale normale, ceea ce permite creşterea rapidă, fulminantă a microbilor antibiotico-rezistenţi producători de enterotoxine.

Urmează administrarea imediată de ACTH 40 u.i.m de trei ori pe zi în primele 24 de ore şi continuată dacă este indicat (are acţiune imediată împotriva enterotoxinei stafilococului) aureus). În acelaşi timp se execută culturi din scaun şi teste de sensibilitate. După ce ne vin rezultatele testelor de sensibilitate putem da antibioticul adecvat.

Pacientul nu ia nimic pe gură. Se va înlocui parenteral exudatul care a ieşit şi continuă să iasă în lumenul intestinal. Deoarece exudatul seamănă cu plasma în compoziţie, la început plasma va fi lichidul de perfuzat. Cantitatea şi compoziţia lichidelor parenterale necesare se apreciază după tensiunea arterială, debit urinar şi determinări frecvente de electroliţi şi proteine. De regulă, în cazurile serioase sînt necesare 8 000—10 000 ml/24 ore. Această cantitate necesită descoperire venoasă şi cateter i.v. de durată. Debitul urinar trebuie menţinut la peste 750 ml/24 ore. Folosirea vasoconstrictoarelor este permisă numai ca măsură temporară pentru păstrarea tensiunii arteriale şi, deci, a debitului urinar.

**ENTEROPLICATURĂ** (vezi enteropexie).

Scanned with OKEN Scanner

**FISTULA INTESTINALĂ.** Este comunicarea intestinului subțire cu exteriorul în urma dehiscenței unei suturi intestinale (fistula postoperatorie, externă) sau în urma unor leziuni intestinale (fistula patologică, externă sau internă, după traumatism abdominal și după boli inflamatorii ale intestinului ca tuberculoză, ileită terminală, ulcer acut, endarterită mezenterică etc.).

În fistula intestinală postoperatorie este de preferat un **tratament conservator.** El poate fi continuat două-șase săptămîni, în care timp se așteaptă cicatrizarea spontană a fistulei. Este contraindicat doar în fistulele cu debit foarte mare sau în fistulele situate deasupra unui obstacol. În acest caz, se face indicația unui **tratament chirurgical,** iar tratamentul conservator va servi numai pentru a trece de perioada peritonismului.

**Tratamentul conservator** are mijloace generale și locale. **Mijloacele generale** au drept scop restabilirea biologică a pacientului aflat în hipercatabolism postoperator. Se urmărește reechilibrare proteinică, hidroelectrolitică și se apelează la antibioterapie, vitaminoterapie și hormonoterapie (cortizon). Corect, această reechilibrare se poate obține numai pe cale intravenoasă prin cateter plasat în vena cavă superioară (prin puncția venei subclavii sau a venei jugulare externe) și lăsat pe loc pînă la 20 de zile. Se perfuzează soluția hipercalorică Dudrick care produce 1 000 cal/l și care conține glucoză anhidră 215 g‰, Na 8 mEq/l, K 14 mEq/l, Mg 4 mEq/l, azot aminat 5,75 g/l (echivalentul a 860 ml soluție Trophisan L); vitamine $B_6$, C, PP; extemporaneu se mai adaugă vitaminele A, D, K, $B_1$ și $B_{12}$. În acest fel se pot administra unui bolnav cașectic 2 500—6 000 cal/24 ore, cît nu era posibil în dieta clasică. În același timp se adaugă transfuzii de sînge pentru a se asigura o oxigenare corectă. Cît privește electroliții necesari acoperirii pierderilor prin fistulă, se apreciază că pentru un litru de conținut intestinal pierdut este necesar să se administreze 10 g ClNa, 2 g ClK, 1 g gluconat de sodiu și 1 g ClMg.

**Mijloacele locale** intenționează asanarea focarului fistulos și profilaxia sau tratamentul leziunilor cutanate perifistuloase. Ambele scopuri sînt atinse prin metoda Trémolières de drenaj-perfuzie-aspirație. Aceasta înseamnă drenaj aspirativ prin tub adus la nivelul fistulei și neutralizarea acțiunii destructive a lichidului intestinal prin irigație continuă cu acid lactic (acid lactic codex 4,5 g soluție salină fiziologică 1 000 ml, ajungîndu-se la un pH 4,5—5, reglabil în aceste limite prin adăugare de soluție bicarbonatată izotonică).

Scanned with OKEN Scanner

În caz de eşec al tratamentului conservator se face **indicaţie chirurgicală.** Operaţia este dificilă, calea de acces directă sau la distanţă, rezolvarea într-un timp sau seriată, sutură minimă sau enterectomie.

În ceea ce priveşte fistula intestinală patologică, vezi „perforaţia intestinală" şi „plăgile intestinale".

**ILEITĂ** (ileoadenolimfită). Prin ileită înţelegem acea boală în care procesul inflamator al peretelui ileal este primar, iar adenopatia secundară (eventual neobligatorie). Se localizează mai ales pe segmentul terminal al intestinului subţire (ileită terminală), uneori şi cu interesare colică (ileocolită). Procesul inflamator poate fi de natură specifică, granulomatos (tuberculoză ileocecală, sifilis, actinomicoză, boala Nicolas-Favre) şi negranulomatos (sifilis ereditar, posttifică, dizenterie) sau este de natură nespecifică, cu caracter benign, nesclerozant mai frecventă (ileita curabilă) sau cu caracter stenozant de tip granulomatos (ileita terminală sau boala lui Crohn, vezi capitolul respectiv), rară la noi.

Ileita benignă survine în aceleaşi situaţii ca şi adenolimfita acută mezenterică (vezi capitolul respectiv) şi în plus în variate afecţiuni de vecinătate sau chiar la distanţă : colecistopatii, ulcer gastroduodenal, cancer digestiv, rectocolita ulcerohemoragică — ileita backwash, parazitoze şi dismicrobism intestinal etc. (ileite reacţionale). Se presupune că unele ileite ar putea reprezenta începutul boalei Crohn sau au caracter relevant al afecţiunii, de cele mai multe ori avînd caracter evolutiv cronic.

**Tratamentul,** în cele specifice, este cel a infecţiei specifice (tuberculoză, actinomicoză, dizenterie). În cele nespecifice tratamentul este al bolii în cadrul căreia a apărut reacţia ileală sau adenolimfita (vezi şi „adenolimfita mezenterică"), cu urmărire atentă mai ales a formelor cu evoluţie acută care pot pune problema indicaţiei laparotomiei exploratorii, pentru a nu trece pe lîngă o formă chirurgicală (apendicită).

În cele acute sau cu evoluţie cronică se păstrează repaus la pat pe perioada puseului de activitate inflamatorie mai evidentă, cu indicarea unui regim alimentar la început hidric, apoi de piureuri şi apoi de durată, de cruţare intestinală (fără reziduuri grosolane celulozice — vezi „enterocolita"), bogat proteinic şi vitaminic (sucuri proaspete de zarzavaturi şi fructe). Medicamentos, recurgem la dezinfecţia intestinală cu chimioterapicele (antisepticele) şi antibioticele cu acţiune intestinală, eventual prelungită, simple, nu cu

Scanned with OKEN Scanner

spectru larg (pericol de disbacterioză). În formele mai inflamatorii recurgem și la asociația acid salicilic-sulfamidă (Salazopirina) și similare, drajeuri sau comprimate, cîte două comprimate de trei—cinci ori pe zi, la ameliorarea tabloului clinic scăzînd doza la trei—cinci comprimate pe zi care se poate lua în continuare două—trei luni. Corticoterapia în doze moderate este și ea de încercat pentru un timp scurt. În același timp se combate dispepsia intestinală de asociație (mai ales de fermentație) și se face tratamentul insuficiențelor digestive (vezi și „aclorhidria" și „enterocolita"). Formele cu evoluție prelungită, trenantă de peste două—trei luni vor fi suspectate și luate în urmărire activă pentru o eventuală boală Crohn incipientă și tratate ca atare, dar în nici un caz nu ne grăbim cu indicarea intervenției chirurgicale care în prezent este bine codificată ca indicație și metodă (vezi „ileita terminală").

**ILEITA TERMINALĂ** (boala lui Crohn). Se caracterizează printr-un proces inflamator granulomatos nespecific ulceros și fibrozant cu evoluție cronică. Clasic este definită ca o enterită segmentară ce prinde ileonul terminal, dar există și alte localizări ale bolii ce pot interesa colonul ascendent, sigma sau rectul. Afecțiunea este rară, se întîlnește mai ales la vîrsta adultă și are o etiologie necunoscută. Leziunile interesează ganglionii mezenterici și peretele intestinal adiacent mezenterului, evoluînd cronic cu tendință ulceroasă și fistulizantă sau stenozantă. Simptomatologia este în funcție de localizare (ileon terminal, sigmă, rect) și de formă clinică (acută sau cronică). Forma acută evoluează sub masca unei apendicite acute și de obicei laparotomia pune diagnosticul. Forma cronică evoluează ondulant, pe un interval lung (ani de zile) avînd ca simptome cardinale o diaree intermitentă, moderată cu dureri în fosa iliacă dreaptă sau periombilical ce apar la circa trei—patru ore postprandial. Bolnavii sînt astenici, adinamici, palizi, prezentînd și o stare febrilă. Adeseori se palpează un cordon ileal aproape tumoral. În lunga evoluție a bolii apar abcese, fistule, hemoragii digestive sau stenoze. Examenul radiologic executat în condiții speciale este de mare utilitate în stabilirea diagnosticului. Evoluția bolii este urmărită prin analiza curbei termice, a intensității durerii, a diareelor, a VSH-ului, a anemiei, a proteinemiei și a colesterolului.

**Tratamentul** este diferit, în funcție de fază și formă de boală. În perioadele evolutive cu febră, diaree, stare generală alterată se

Scanned with OKEN Scanner

impune **repausul la pat**, pe cînd în fazele de remisiune bolnavul își poate desfășura activitatea evitînd eforturile deosebite, frigul etc.

**Dietetica** urmărește realizarea unei alimentații complete, dar de cruțare în funcție de gradul tulburărilor intestinale și de toleranța individuală. Se interzic celulozicele (legume uscate, varză anumite leguminoase, coji), condimentele (piper, muștar, boia, ardei iute, usturoi, ceapă) și alimentele greu digerabile (carne bătrînă afumături, slănină, brînzeturi fermentate). Excluderea laptelui poate fi suficientă pentru suprimarea diareei. Alimentația trebuie să fie bogată în vitamine și săruri minerale (sucuri de legume).

**Tratamentul medicamentos** are scopuri multiple, este antibacterian, antiinflamator și imunodepresiv. Tratamentul antibacterian se indică mai ales în prezența unei diarei rebele. Se prescriu sulfamide nerezorbabile (sulfametin 1 g/zi, ftalisulfatiazol 3 g/zi, mexaform 2 g/zi), iar în cazul unor germeni virulenți antibiotice cu spectru larg (diareea, coprocultura și febra sînt elementele care le indică), folosite în cure scurte de șapte—opt zile. Ca rezultate bune se folosește salazopirina avînd dublă acțiune, antibacteriană și antiinflamatorie. Inițial se administrează 6—8 g/zi, după care urmează o cură de întreținere (1—3 g/zi), care durează unu—trei ani. Tratamentul antiinflamator este de o importanță deosebită și are efecte apreciabile la începutul bolii. Se administrează aspirină sau indocid în posologie de 2 g/zi. În aceeași posologie tratamentul cu corticosteroizi influențează favorabil febra, starea generală și durerile. Cura durează două—trei luni (cura de atac cu 50 mg/zi prednison și cea de întreținere cu 20 mg/zi). În curs de experimentare este tratamentul imunodepresiv care la unii ar fi dat rezultate destul de bune, fiind justificat prin modificarea stării imunitare care intervine în patologia bolii. Se utilizează imuranul în cură de atac și întreținere pe o durată de aproximativ doi ani. Este de reținut și o acțiune antiinflamatorie nespecifică a imuranului care influențează favorabil evoluția bolii (vezi „rectocolita hemoragică").

**Tratamentul chirurgical** este indicat numai atunci cînd au apărut complicații care nu răspund la tratament medical (stenoza progresivă a intestinului sau fenomenele infecțioase secundare). Deci, în faza acută a bolii, cînd bolnavul poate profita de un tratament medical, operația nu este indicată. Sînt mai multe argumente. Astfel, un argument este că nu știm dacă boala va evolua spre fază cronică sau nu se va remite spontan și complet. Apoi, alt argument este că nu știm dacă vom obține mai bune rezultate acum, precoce, operînd sau nu vom favoriza mai curînd apariția

Scanned with OKEN Scanner

recidivelor. În sfîrșit, alt argument este că trebuie să ținem cont că orice operație intestinală executată în condițiile unei inflamații acute va fi amenințată de pericole tehnice. Iată atîtea motive pentru a nu recurge la operație în faza acută a bolii. Totuși, cum tabloul clinic mimează foarte bine abdomenul acut, în special apendicita acută, sînt cazuri cînd involuntar ne putem afla în fața unei ileite terminale acute după ce am executat laparotomia exploratorie. În această situație, același principiu trebuie să ne călăuzească : a nu face nimic leziunii inflamatorii.

Sînt două excepții de la această regulă. Una este dată de prezența unei perforații acute. În această eventualitate enterectomia de urgență este obligatorie și nu se mai discută. Cealaltă excepție este furnizată de prezența apendicelui în plagă. De la început trebuie să știm că scoaterea apendicelui nu va influența favorabil ileita terminală, deci să nu facem apendicectomia cu scop terapeutic. O vom face,totuși, dar cu alt scop : să ne ușurăm diagnosticul diferențial în viitor, cînd vor reapare simptomele regionale în fosa iliacă dreaptă. Bineînțeles, nu vom recurge la apendicectomie dacă nu sînt condiții anatomice bune. Vom renunța la ea dacă peretele cecal este edematos, îngroșat, congestionat, acoperit cu exudat, pentru că acum prelucrarea bontului apendicular este nesigură și poate duce la fistulă stercorală.

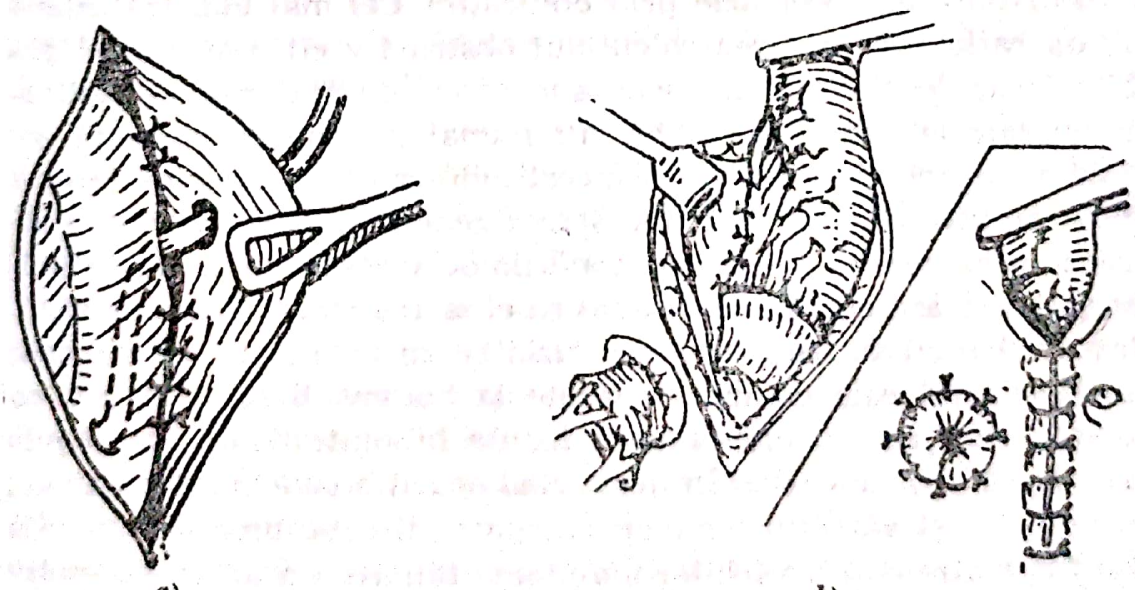
După cum am mai spus, tratamentul chirurgical este indicat în faza cronică a bolii, fază de complicații netratabile medical (obstrucție, abcese abdominale și fistule). Se face o preparare adecvată care cuprinde corectarea deficitelor existente în volemie, proteinemie și echilibru hidroelectrolitic. Pregătirea colonului apelează la sulfatalidină 2 g de patru ori pe zi, timp de patru-cinci zile preoperator, plus neomicină două-trei tablete la patru-șase ore în ultimele 24 de ore preoperator (clisme și purgative excluse !). Cea mai bună metodă chirurgicală s-a dovedit a fi rezecția intestinului bolnav într-un singur timp, cu excizia largă a mezenterului și anastomoză termino-terminală. A dat rezultatele cele mai nete și mai durabile. O altă metodă, ileotransversocolostomia cu excludere, a dat rezultate mai slabe, ea poate să nu modifice simptomatologia și să nu oprească evoluția inflamației.

**Recidiva postoperatorie** trebuie privită ca un aspect obișnuit al acestei boli, pentru că apare cam în 50% din cazuri. Ea trebuie detectată prin controale radiologice făcute la cîte șase luni interval. Primele simptome de recidivă sînt creșterea în numărul și fluiditatea scaunelor și apariția unor colici abdominale de intensitate medie. Acest aspect evolutiv nu trebuie să ne descurajeze. Chiar dacă

Scanned with OKEN Scanner

a apărut recidiva, ea poate rămîne liniştită clinic pentru lungi perioade şi tratamentul medical poate aduce remisiuni. Înseamnă că rezecţia intestinală a făcut ceva, totuşi, ea a „stins" potenţialul evolutiv al bolii.

**ILEOSTOMIE.** Este operaţia prin care se creează o comunicare cu mediul extern a unei anse ileale pentru a se evacua conţinutul intestinal în scop terapeutic. Poate fi executată provizoriu sau definitiv. **Ileostomia provizorie** este indicată atunci cînd scopul terapeutic poate fi atins numai printr-o evacuare parţială sau printr-o decompresiune a intestinului. Ocazia se întîlneşte în tratamentul unor boli inflamatorii sau iritative ale intestinului subţire. S-a mai practicat în forme grave de febră tifoidă pentru a decomprima intestinul, a evacua conţinutul său hiperseptic şi a preveni sau trata perforaţia sau peritonita. S-a mai executat pentru a proteja, temporar, o sutură ileorectală după colectomie totală (ileostomia juxtaanastomotică). Altădată s-a indicat în ocluzia intestinală, dar indicaţia aceasta este părăsită astăzi. **Ileostomia definitivă** se execută atunci cînd scopul terapeutic poate fi atins numai printr-o evacuare totală a conţinutului intestinal. Ocazia se întîlneşte după colectomia totală sau rectocolectomie totală, executate pentru polipoza rectocolică difuză şi rectocolita hemoragică şi purulentă.



*a)* *b)*

Fig. 44.

Tehnic, ileostomia provizorie se realizează printr-o fistulizare laterală, în continuitate a ansei ileale (Witzel) (fig. 44 a), iar ileostomia definitivă se realizează după tipul terminal, prin scoaterea ambelor capete ale ileonului la piele (fig. 44 b). Supravegherea imediată şi precoce a unei ileostomii este necesară pentru a preveni compli-

cațiile posibile : dezechilibre de ordin umoral, existente preoperator și accentuate postoperator ; sindroame aderențiale și ocluzive. Alte complicații țin de procedeul operator în sine : stenoza ansei exteriorizate, fistule ileale, prolapsul ileal, retracția ansei exteriorizate. În urmărirea la distanță a unui purtător de ileostomie definitivă se constată tolerabilitatea bună a invalidității deoarece intestinul terminal poate suplea parțial funcția de stocare a microorganismelor și de rezorbție apoasă a colonului. Cu timpul, eliminarea dejecțiilor ileale se va face intermitent, nu continuu, fără a avea un orar anume. Jenanta eliminare nestăpînită a gazelor persistă, dar mirosul lor poate fi ameliorat printr-un regim adecvat (interzise peștele, ouăle, prunele și alcoolul). Se va folosi un aparat de contenție bine tolerat, cel mai indicat fiind sacul suplu, din material plastic prins la piele printr-o rondelă adezivă.

**ILEUS.** Denumire larg utilizată ca sinonim pentru ocluzie intestinală (gr. eileos, de la eilein = a răsuci) (vezi „ocluzie intestinală acută").

**ILEUS BILIAR.** Este o formă rară de ocluzie intestinală (cam 1%) produsă prin blocarea unui calcul biliar în lumenul ileonului distal (deci, o ocluzie prin obturație). **Cel mai bun tratament este operația** cu scoaterea calculului obstructiv cît mai curînd posibil, deoarece o vindecare spontană apare excepțional. Mortalitatea operatorie este însă mare, nu numai pentru că pacienții au vîrstă avansată, ci și pentru că incertitudinea diagnosticului duce la amînarea intervenției pînă cînd starea generală a pacientului se alterează considerabil. De aceea, condiția de succes este un diagnostic preoperator de ileus biliar. Numai că el se realizează rar (sub 30%). Sînt două motive. Unul este confuzia ce se face între simptomele colelitiazice și cele ocluzive apărute la bolnav. Explicația este că ileusul biliar este urmarea unei fistule biliointestinale (de regulă între colecist și duoden). În acest caz, apariția colicilor intestinale, a greșturilor și vărsăturilor ocluzive poate fi subestimată și privită drept o continuare a vechilor simptome biliare. Un al doilea motiv de dificultate diagnostică este iregularitatea simptomelor ocluzive, odată apărute. La început, obstrucția este intermitentă și parțială, calculul se mai mișcă. Rezultă o suferință nu prea intensă ce se prelungește pînă cînd calculul se blochează și dă obstrucție completă. În tot acest timp însă starea bolnavului s-a alterat. De aceea, este bine să ne gîndim la ileus biliar mai des, în special ori de cîte ori ocluzia apare la o femeie trecută de vîrsta mijlocie, mai ales

Scanned with OKEN Scanner

dacă are anamneză biliară. În mod obligatoriu vom face și radiografii abdominale simple și vom căuta pe film aer în tractul biliar (confirmarea prezenței unei fistule biliodigestive).

Operația constă în mobilizarea calculului spre o arie proximală față de punctul de impact și extragerea lui printr-o enterotomie transversală făcută, deci, în perete intestinal sănătos. Boala biliară de bază și fistula biliodigestivă vor fi rezolvate ulterior, în nici un caz în timpul operației provocate de ileus. Acum, cel mult, vom mai explora restul intestinului pentru alți calculi, căci ei mai pot coexista în lumen și mai pot da recidive de ileus în timpul convalescenței.

**ILEUS PARALITIC.** Este starea de atonie a intestinului care produce absența peristalticii propulsoare și se acompaniază de distensie abdominală. **Profilaxia** are mare importanță. Astfel, preoperator chirurgul trebuie să se asigure că pacientul său este echilibrat hidroelectrolitic. El va evita să administreze purgative și va prescrie o dietă săracă în reziduuri. Intraoperator, chirurgul va fi preocupat de manipularea blîndă a țesuturilor și de o tehnică îngrijită cu care să reducă posibilitatea revărsării conținutului intestinal sau a sîngelui în cavitatea peritoneală. Postoperator, imediat după operație, nu se va da nimic pe gură cît timp există greață. După ce greața încetează, administrarea de mici cantități de lichide și apoi de alimente se dovedește cel mai bun stimulent pentru revenirea activității intestinale normale. Folosirea de rutină a aspirației nazogastrice după laparotomie a făcut mult pentru a scădea frecvența ileusului postoperator (se explică prin faptul că 68% din gazul din intestin provine din aerul înghițit).

**Tratamentul curativ** se adresează pe de o parte ileusului însuși și pe de altă parte bolii care l-a provocat. Se instalează aspirație gastrică prin care se extrage nu numai aerul înghițit, ci și conținutul gastric, ceea ce produce ușurarea greței și tratează dilatația gastrică concomitentă. Intubația intestinală prin sonda Miller-Abbott este, teoretic, mai atractivă dar prea greu de aplicat practic. Se menține echilibrul hidroelectrolitic cu ajutorul unei perfuzii intravenoase. Cantitățile date sînt calculate prin apreciere clinică, prin fișele de intrări-ieșiri scrupulos completate și prin analize zilnice de sînge și urină. Atenție specială se dă echilibrului potasiului.

Clismele pot aduce o ușoară ameliorare cînd ileus-ul s-a produs în mod reflex sau secundar vreunui proces toxic sau infecțios. Dar, în general, ele nu au nici o valoare și pot fi nocive cînd există peritonită. Căldura externă pe abdomen ușurează disconfortul și poate

Scanned with OKEN Scanner

ajuta la restabilirea peristalticii. Ea poate fi utilizată sub formă de comprese calde sau pernă electrică. Se vor evita purgativele. Ele irită colonul și măresc pierderea lichidiană în intestin. Dintre medicamente, petidina și clorpromazina sînt regulat prescrise. Morfina este mai bine să fie evitată, deoarece datele experimentale arată net că ea este un inhibitor puternic al activității intestinului subțire. Soluțiile hipertonice date intravenos s-au dovedit a avea valoare în stimularea peristalticii. Se prescrie soluția sărată hipertonică 15% în o doză de 100 ml sau soluție Hartmann hipertonică. Dar, este mai bine să le evităm în prezența peritonitei. Blocajul splanhnic novocainic este de oarecare valoare în producerea contracțiilor peristaltice ale intestinului adinamic. Dar, ca și celelalte procedee care au acest obiectiv, este mai bine să fie evitat în prezența peritonitei. Tratamentul chirurgical prin ileostomie, prezent în vechea literatură, s-a dovedit a nu avea valoare, el nu drenează decît un scurt segment de intestin. Mai recent, s-au făcut încercări de stimulare electrică a intestinului. Tratamentul antibiotic este obligator.

**INFARCT MEZENTERIC NEOCLUZIV.** Este o formă de infarct mezenteric la care nu se pune în evidență ocluzie venoasă sau arterială de trunchiuri principale. Se consideră că, aici, partea jucată de reflexele vasculare este foarte importantă. Apare o necroză intestinală difuză, invariabil fatală. Se observă în colapsul circulator prelungit și în stările hipoxice ce pot acompania septicemia, infarctul miocardic acut și hipovolemia profundă. **Singurul tratament este cel chirurgical,** rezecția intestinală. Dar, adesea, intestinul rămas se infarcizează în continuare în perioada postoperatorie imediată. Mortalitatea se apropie de 100%.

**INTESTIN SCURT** (sindrom). Poate apare după rezecții de intestin subțire ce depășesc 1/3 din lungimea totală a intestinului. Ele produc tulburări de absorbție și digestie, dintre care digestia lipidelor este profund afectată. Clinic se produce diaree și scădere ponderală. **Tratamentul conservator** urmărește reechilibrarea biologică pînă ce organismul reușește să se adapteze lipsei de intestin. Se recurge la un regim hipolipidic, hiperglucidic și hiperprotidic cu puține reziduuri. Totuși, el nu poate echilibra situația în toate cazurile. De aceea, se asociază perfuzii hipercalorice cu soluții Dudrick (vezi „fistula intestinală"). Se urmărește un aport de cel puțin 3 200 cal/24 de ore sub formă de acizi aminați și glucoză.

Scanned with OKEN Scanner

În realitate, nu cantitatea de intestin rezecat hotărăște apariția simptomelor, pentru că nu scăderea în suprafața de absorbție totală este factorul major. Mai important este tranzitul foarte rapid care se va face prin intestinul subțire rămas (contact prea scurt al conținutului intraluminal cu mucoasa intestinală). De aceea, păstrarea valvei ileocecale este foarte importantă pentru a preveni evacuarea rapidă a chimului din intestinul subțire rămas, așa încît absorbția să fie cît mai completă. O rezecție de 60—75% din intestinul subțire poate să nu ducă la tulburări serioase dacă a lăsat un ileon terminal și o valvă ileocecală intacte. În consecință, cel mai important factor pentru evaluarea prognosticului după o enterectomie este conservarea intactă și în contiguitate cu restul tractului gastrointestinal a valvei ileocecale și a unei porțiuni din ileonul adiacent. Uneori, pentru obținerea unui tranzit mai lent se poate indica **operație Déloyers :** montarea antiperistaltică a unui segment de intestin (vezi „anastomoza anizoperistaltică").

**INVAGINAȚIE INTESTINALĂ.** Formă specială de ocluzie ; se caracterizează prin telescoparea (invaginarea) unui segment intestinal într-un alt segment situat distal (hernie de intestin în intestin). Apare obișnuit în regiunea ileocecală și este favorizată de prezența unor obstacole pe intestinul subțire, obstacole organice (tumori, diverticul Meckel) sau obstacole funcționale, tulburări de tonus și peristaltică de cauze generale (intoxicații, infecții, stări alergice) sau cauze locale (iritația nervilor intestinali prin adenopatie mezenterică).

**Invaginația intestinală acută** are predilecție pentru **nou-născut și copil.** Un copil anterior sănătos, în special unul de vîrsta între două luni și doi ani, care e cuprins în mod brusc de colici abdominale și vărsături trebuie să fie privit ca suferind de invaginație pînă la proba contrară. Tratamentul este conservator sau chirurgical. **Tratamentul conservator** se indică în cazurile cu durata nu mai mult de 12—24 ore, cînd 70% din invaginați sînt reductibile. Se folosește reducerea prin clismă baritată sau reducerea prin presiunea hidrostatică produsă cu soluție salină fiziologică în instilație de la un m înălțime.

Dacă există cea mai mică îndoială că invaginația a fost redusă complet, atunci se indică **laparotomia.** În acest caz, reducerea se face prin manevre manuale blînde. Urmează ileopexie și, eventual, cecopexie. Dacă s-au găsit leziuni ischemice ireversibile, se face enterectomie.

**Invaginația intestinală acută a adulților** este provocată, de regulă, de un polip intestinal, un lipom submucos, un cancer pedi-

Scanned with OKEN Scanner

culat, un apendice inversat sau un diverticul Meckel inversat. Afecţiunea este rară şi este rar diagnosticată pînă cînd nu a devenit ireductibilă sau chiar gangrenoasă. De aceea, o reducere prin metode conservatorii (clismă baritată) nu va intra în discuţie, pe de o parte pentru că accidentul are adesea la bază o tumoră intestinală ce trebuie extirpată, pe de altă parte pentru că pacienţii sînt diagnosticaţi cu întîrziere. În consecinţă, **singura soluţie este cea chirurgicală.** Iar pentru că reducerea manuală a invaginaţiei, la operaţie, este dificilă şi pune în evidenţă leziuni ireversibile sau o tumoră, operaţia ce se execută este o rezecţie de intestin (enterectomie segmentară, hemicolectomie dreaptă, colectomie segmentară).

**JEJUNITĂ POSTOPERATORIE.** Manifestare inflamatorie în cadrul sindromului de „stomac operat". Termenul indică inflamaţia localizată la nivelul ansei anastomotice, apărută după rezecţia gastrică de tip Billroth II. **Tratamentul este conservator** (vezi „enterita").

**JEJUNOSTOMIE.** Este operaţia prin care se creează o comunicare între lumenul unei anse jejunale şi exterior, în scopul alimentării unui bolnav care are un obstacol pe tubul digestiv, deasupra unghiului duodenojejunal. Poate fi executată provizoriu şi definitiv. **Jejunostomia provizorie** este indicată în fistulele digestive postoperatorii înalte (după anastomoză esogastrică sau esojejunală), în fistulele duodenale cu debit mare, în fistulele gastrojejunale care nu pot fi rezolvate chirurgical din motive locale sau generale şi în stenoza gastrică postcaustică (atunci cînd trebuie să se menţină nutriţia bolnavului pe o perioadă de două-trei luni, socotită necesară pentru delimitarea leziunilor). **Jejunostomia definitivă** îşi găseşte indicaţia în leziunile obstructive neoplazice gastrice sau duodenale inextirpabile.

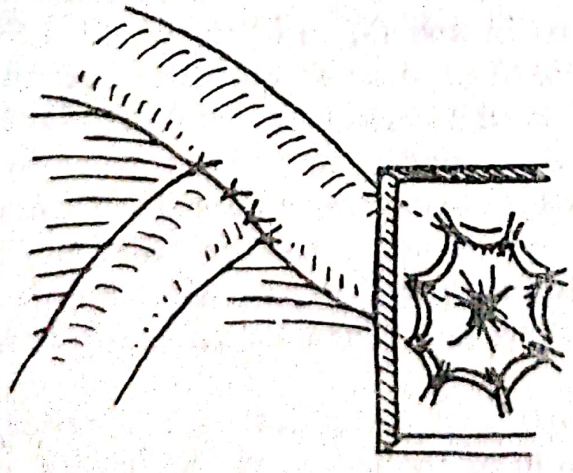


Fig. 46.

Tehnic, jejunostomia provizorie se execută printr-o fistulizare laterală la piele a ansei jejunale. Evitarea refluxului se face, fie prin tunelizarea cateterului (Witzel), fie prin excluderea ansei sto-

Scanned with OKEN Scanner

mizate printr-o anastomoză latero-laterală „la picior" (Albert, pe ansă „în omega"). Jejunostomia definitivă se execută printr-o excludere unilaterală a ansei jejunale, obținută prin anastomoză latero-terminală (Maydl, pe ansă „în Y") (fig. 45).

**LIPODISTROFIE INTESTINALĂ** (boala Whiple). Este o maladie rară, cauzată de Corynebacterium anaerobium. Se caracterizează printr-un sindrom poliartralgic ce precede cu doi-trei ani o diaree cronică și care, deseori, este steatoreică. Bolnavii sînt dispeptici, cu dureri abdominale vagi și hepatosplenomegalie.

**Tratamentul dietetic** constă într-o alimentație bogată în proteine, hidrați de carbon și vitamine. Diareea fiind steatoreică, se recomandă reducerea lipidelor din alimentație. Identificarea agentului patogen a făcut posibilă **terapia etiologică antibacteriană.** Agentul patogen este sensibil la majoritatea antibioticelor și la sulfamide. Pot fi utilizate : Penicilina, Ampicilina 2 g/zi, Streptomicina 1 g/zi, Tetraciclina 1 g/zi (de subliniat că este cea mai eficace), administrate pe o lungă perioadă de timp, șase-opt luni. Este recomandabilă alternarea antibioticelor și controlul periodic endobioptic jejunal, element de valoare obiectivă în aprecierea eficacității tratamentului. Ca **tratament patogenetic,** de valoare deosebită sînt derivații corticosteroizi. Administrarea se va face asociat cu antibioticele citate, realizîndu-se remisiuni rapide. Respectarea tratamentului pe o lungă perioadă de timp poate aduce chiar vindecarea bolii.

**MEMBRANE ANORMALE ALE INTESTINULUI.** Sînt benzi membranoase sau pliuri ligamentoase ale peritoneului, care se întîlnesc ocazional la laparotomie și care tracționează, încalecă sau deplasează intestinul. Benzile lui Harris sînt pliuri peritoneale ce se întind de la colecist și ficat la duodenul proximal. Benzile de retenție embrionare sînt îngroșări perceptibile în mezenter, lîngă ligamentul lui Treitz și mijlocul mezocolonului transvers. Membranele lui Lane se referă la aderențele dintre ansele strîmte ale ileonului terminal,

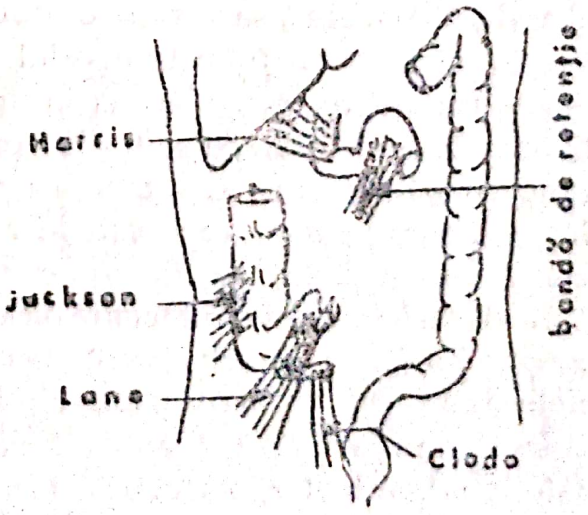



Fig. 46.

ce se pot extinde ca benzi ligamentoase la fosa iliacă dreaptă. Ligamentul lui Clado se întinde de la apendice la ligamentul larg al femeii, în pelvis. Membranele lui Jackson sînt aderențe între suprafața anterioară a cecului sau colonului ascendent și peretele abdominal postero-lateral. Toate aceste formațiuni se pot întîlni la laparotomie. Ele pot explica o obstrucție intestinală parțială cronică (membrana lui Lane) sau o constipație cronică (angularea colonului ascendent prin membrana lui Jackson). Secțiunea lor este justificată terapeutic numai în asemenea cazuri (fig. 46).

**MALABSORBȚIE DIGESTIVĂ** (sindrom). Sub această denumire se cuprind afecțiuni diverse, lipsite de unitate nozologică, cu mecanisme patogenetice variate, avînd ca numitor comun o modificare fiziopatologică caracteristică : tulburarea proceselor de utilizare digestivă a produșilor alimentari. Acest termen sintetizează de fapt o însumare de tulburări enzimodigestive („maldigestie") și de tulburări de transport prin mucoasa intestinală sau prin căile eferente („malabsorbție"). S-a propus ca termen de utilizare generală „malnutriția", care să reprezinte suma celor două tulburări, maldigestia și malabsorbția. Termenul de malabsorbție rămîne cel mai de circulație, dar trebuie să îi acordăm acest înțeles cuprinzător.

Sindromul de malabsorbție reprezintă un diagnostic de primă etapă care trebuie depășit pentru a preciza afecțiunea ce determină această stare. Elementele clinice de diagnostic sînt caracterizate prin : diaree (cea mai frecventă tulburare, cu scaune numeroase, lichide, abundente, peste 500 g/zi, normal fiind 150—200 g/zi ; dureri abdominale moderate, uneori discrete ; starea generală alterată progresiv, pierdere ponderală, astenie progresivă, hipotensiune arterială ; anemie hipocromă și hiposideremică (prin tulburarea absorbției fierului) sau megaloblastică (prin lipsa absorbției vitaminei $B_{12}$ și acidului folic la nivelul intestinului subțire) ; arsuri linguale, faringiene, pot apare și în lipsa anemiei ; tulburări ale metabolismului calciului, ce se traduc prin hipocalcemie și dureri osoase (uneori apar fracturi spontane ale coastelor, vertebrelor sau a oaselor pubiene) ; edeme care sînt în raport cu o hipoproteinemie, asociate cu modificări ale fanerelor și pielii ; examenele complementare vizează în special materiile fecale : căutarea paraziților, dozarea grăsimilor (normal sub 6 g/zi), hemoragiile oculte ; în plus se mai determină : Na, K, activitatea triptică. Alte explorări sînt examenul urinei : indicanuria ; examenul sîngelui : dozarea proteinelor totale, a albuminelor, a globulinelor, ionograma, colesterolul (scăzut), lipide totale ; testul cu xiloză (normal xilosurie peste 5 g în urina

de cinci ore după ingestia a 25 g xiloză ; curba de hiperglicemie provocată, plată ; proba cu RISA pentru precizarea absorbției sau pierderilor de albumine ; proba cu trioleină marcată ; examen baritat gastrointestinal ; rectoscopie ; tubaj intestinal cu determinarea cantitativă a florei microbiene, testul Shilling, biopsia de mucoasă jejunală.

Clasificarea etiologică a sindromului de malabsorbție, după Debray, constă în :

I. Leziuni parietale ale intestinului (cele mai frecvente) : A. Prin atingere aparent primitivă a mucoasei. 1. Sprue nostras, Sprue tropical, Coeliachia copilului. 2. Carențe în diholozidaze-maltază, zaharază, lactază (la copil mai ales) și la adultul gastrectomizat. 3. Malabsorbția vitaminei $B_{12}$, anemie Biermer cu mucoasă gastrică normală. 4. Malabsorbția acizilor aminați. B. Prin atingere a submucoasei : 1. Boala lui Whipple ; 2. Amiloidoza intestinală ; 3. Sclerodemia (50%) ; 4. Limfomatoza digestivă difuză (infiltrație și obstrucție a limfaticelor) ; 5. Mastocitoză ; 6. Lipodistrofia mezentericojejunală. C. Atingeri anatomice grave ale intestinului : 1. Exereze chirurgicale, scurtcircuite ; 2. Boala Crohn ; 3. Ansă dilatată, diverticuli jejunali.

II. Malabsorbțiile prin iritația mucoasei : A. În cursul parazitozelor și dismicrobismelor intestinale. B. Prin agresiune terapeutică asupra mucoasei intestinale : antibiotice (neomicina, tetraciclina), treparanol, antimitotice, radiații ionizante.

III. Malabsorbțiile secundare unui focar general : diabet, agamaglobulinemie, acantocitoză (absența beta-lipoproteinelor).

IV. Malabsorbții prin tulburări ale motricității și circulației intestinale : A. Prin tulburări ale motricității : după vagotomie, prin carcinoidoză, mixedem. B. Prin tulburări circulatorii : insuficiență cardiacă, tromboze portale, ischemie prin stenoză a arterei mezenterice.

Se va ține cont și de tranzitul digestiv, astfel : 1. Maldigestie gastrică : a) anemie Biermer, gastrectomii (totale sau subtotale) ; b) sindrom Zollinger-Ellison (prin hipermotricitate). 2. Maldigestie pancreatică : a) pancreatopatii cu hipertripsie ; b) sindrom Zollinger, fără hiperaciditate. 3. Malabsorbție bilioprivă : a) icter prin retenție ; b) boli hepatice : ciroză (edem, încetinire circulatorie, jejunită, dismicrobism).

**Tratamentul** sindromului de malabsorbție constituie o problemă ce este definită de precizarea etiologiei și patogeniei respective. El va putea fi urmărit la capitolul în care este tratată boala respectivă, responsabilă de sindromul de malabsorbție.



Scanned with OKEN Scanner

**MALROTAȚIE INTESTINALĂ.** Este o afecțiune congenitală determinată de faptul că fenomenul normal al rotației intestinului este oprit în diferite etape ale creșterii embrionare, de obicei în a zecea pînă în a douăsprezecea săptămînă. Deși nu este în mod neapărat o boală (ea putînd fi asociată cu o stare de sănătate perfectă), totuși malrotația poate fi întîlnită în cîteva ipostaze clinice, cînd pune probleme terapeutice greu de rezolvat chirurgului neavertizat.

Astfel, situația poate fi **întîlnită accidental în orice operație abdominală,** creînd dificultăți și întîrzieri în decizii unui operator insuficient familiarizat cu anomalia. Aici intră : 1. Absența cecului din fosa iliacă dreaptă, datorită rotației incomplete (trebuie să ducă de la început la lărgirea inciziei și la căutarea duodenului ; dacă acesta merge drept în jos, la dreapta mezenterului și nu este încrucișat de colon, am dat peste o nonrotație și cecul va fi găsit la stînga ; dacă, însă, colonul încrucișează duodenul, cecul va fi găsit sub ficat). 2. Absența colonului transvers în abdomenul superior, datorită fie nonrotației, fie rotației inverse (din nou, și aici poziția duodenului decide rezultatul ; cînd duodenul merge drept în jos, la dreapta mezenterului, este o nonrotație și colonul ascendent și transvers vor fi găsite în jumătatea stîngă a abdomenului ; dar, dacă duodenojejunul încrucișează prin fața vaselor mezenterice, atunci condiția este una de rotație inversă și colonul transvers trebuie căutat înapoia rădăcinii mezenterului). 3. Absența flexurei duodenojejunale datorită malrotației (în operații ca rezecția de stomac sau gastrojejunostomia acest lucru poate încurca pe chirurg atîta timp cît nu-și amintește că poate găsi prima ansă jejunală în hipocondrul drept).

O altă situație cu răsunet clinic este dată de **leziunea inflamatorie sau de altă natură a unui viscer deplasat în urma malrotației.** Este cazul, în special, al cecului și apendicelui, cînd se ivesc erori de diagnostic și de abord chirurgical. Cel mai frecvent exemplu este apendicele subhepatic. Nici apendicele la stînga nu este atît de rar, el apare în nonrotație, dar și cînd există un cec suprarotat, mobil, care a pivotat spre stînga pe un mezocolon drept persistent.

În sfîrșit, mai rar dar foarte grav, malrotația poate fi întîlnită drept **cauză reală a unei ocluzii.** Două leziuni sînt nemijlocit atribuabile malrotației : obstrucția acută la nou-născuți (obstrucție duodenală și volvulus) și obstrucția subacută la copii și oameni mai în vîrstă. În ceea ce privește **tratamentul la nou-născuți,** singura șansă de supraviețuire este o operație foarte precoce. Această șansă este prinsă numai dacă se face un diagnostic precoce de obstrucție intestinală acută și dacă se transportă imediat pacientul la un cen-

Scanned with OKEN Scanner

tru specializat de chirurgie de urgență de copii. Spre deosebire de atrezia intestinală și de ileusul prin meconium, aproape toți acești copii sînt născuți sănătoși și la termen. În plus, dacă se operează la timp, nu se va pune problema rezecției intestinale. Prin urmare, prognosticul operator este mai bun decît în oricare altă varietate de obstrucție intestinală congenitală (supraviețuire 100%).

**În cazul tratamentului la copii mai în vîrstă,** operația se face pentru atacuri intermitente de volvulus parțial (modalitatea frecventă fiind nonrotația intestinului subțire și rotația parțială a cecului și colonului drept, care sînt oprite în abdomenul superior și sînt foarte mobile). În asemenea cazuri, tot ceea ce este de făcut este să se anuleze torsiunea parțială după secționarea benzilor care mențin colonul ascendent la peretele abdominal drept. Apoi, aceste viscere sînt desfăcute de pe peretele abdominal posterior și împinse în sus și mult la stînga. Acest procedeu nu numai că desființează rotația parțială a segmentului postero-lateral, dar lărgește și istmul duodenocolic, făcînd astfel aproape imposibil un viitor atac de volvulus. S-au întîlnit cazuri cînd malformația congenitală nu a produs nici o tulburare pînă la vîrsta adultă sau chiar la bătrînețe și atunci a provocat un volvulus complet.

**MEZENTER COMUN.** Este un termen chirurgical care grupează persistența dispozițiilor embrionare ale mezenterului primitiv dorsal din cursul rotației intestinale, dispoziții care în mod normal sînt tranzitorii. Aici includem toate defectele de acolare, oricare ar fi stadiul de rotație intestinală, chiar dacă ea este completă. **Tratamentul** poate fi **preventiv,** prevenirea accidentelor cînd anomalia a fost recunoscută înainte de a da complicații (ocluzie, volvulus) sau prevenirea recidivelor cînd s-a intervenit într-un abdomen acut și s-a constatat anomalie. El constă în secționarea bridei Ladd care suspendă prea strîns unghiul colic sau cecul la peretele abdominal drept pe dinaintea duodenului și colopexie prin tehnica lui Noble între colonul ascendent și descendent. **Tratamentul curativ** presupune aceleași gesturi și în plus, rezolvarea ansei volvulate. Aceasta din urmă poate fi păstrată dacă are o stare satisfăcătoare, dar sînt situații cînd se fac rezecții întinse, ceea ce încarcă mult mortalitatea.

**MILLER-ABBOTT** (sondă). Este un tub destinat intubației intestinale, fabricat din cauciuc impregnat cu material radioopac și prevăzut cu un balonaș la capăt (care umflat cu soluție fiziologică

ajută la înaintarea tubului în intestin) și cu un lumen dublu (lumenul mai mic pentru umflarea sau dezumflarea balonului cu ser, lumenul mai mare pentru aspirația gazelor sau lichidului sau pentru introducerea de materiale în intestin) (fig. 47). Principala sa indicație terapeutică se află în tratamentul ocluziei intestinale, sonda realizînd decompresiunea anselor. Există, însă, o singură condiție: leziunea de bază să nu fie o urgență care să necesite tratament imediat prin operație (deci, să nu fie o obstrucție datorată unui segment de intestin strangulat sau infarcizat ca în hernie strangulată, volvulus, obstrucție mezenterică; sau să nu fie o obstrucție „în ansă închisă" a colonului, cu valvă ileocecală blocînd ieșirea gazelor din intestinul gros în intestinul subțire). Dacă sîntem siguri că nu avem de a face cu aceste urgențe imediate, atunci decompresiunea intestinală prin sondă Miller-Abbott este avantajoasă pentru că ea ne acordă un interval de timp pînă la operație în cursul căruia poate fi refăcută starea gravă a pacientului.

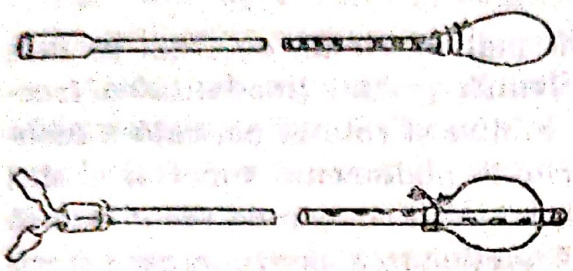


Fig. 47.

Sonda se introduce prin intubație nazogastrică, se împinge în jos prin esofag și se aspiră continuu printr-unul din lumene. Trecerea pilorului este dificilă și, dacă nu reușește, acțiunea se va limita la aspirație gastrică. Dacă se reușește trecerea în intestin, atunci balonul se va opri la sediul obstrucției. Îl vom dezumfla. Vîrful sondei este lăsat pe loc și servește la menținerea decompresiunii pînă la laparotomie, cînd chirurgul va fi călăuzit la locul exact al obstrucției. În plus, el va proteja liniile de sutură în timpul perioadei postoperatorii, prin menținerea decompresiunii.

Sonda Miller-Abbott este, de asemenea, indicată în tratamentul ileusului paralitic, cînd decompresiunea este menținută pînă cînd procesul patologic răspunzător de situație este stăpînit și funcția intestinală este reluată.

**NOBLE** (operație). Este procedeul original de enteroplicatură (vezi „enteroptichie") publicat de Noble în 1939 pe baza experienței sale din primul război mondial. Tehnica este simplă, dar de durată. Intestinul golit este dispus transversal pe rădăcina mezenterului și fixat în anse lungi de 16—20 cm. Dacă plicatura se execută parțial, atunci se va închide mezenterul.

Operația are și dezavantaje : are durată mare, minimum două ore, ceea ce o contraindică la bolnavii cu risc însemnat ; jenează peristaltismul și poate duce la o stare de ileus cronic ; are pericolul suturilor pe intestin (cedarea cusăturilor, fistulizări). De aceea au mai fost imaginate o serie de procedee pentru a ameliora rezultatele operației Noble. Printre acestea, se remarcă procedeul Childs-Poth care fixează ansele prin intermediul mezoului (este o mezoplicatură). El are următoarele avantaje : timp de execuție mai redus, circa 15 minute ; nu mai comportă riscurile cusăturilor pe intestin ; nu mai influențează peristaltismul. Dar, are un dezavantaj : riscul vascular prin lezarea sau comprimarea arcadei marginale a intestinului subțire.

**OCLUZIE ACUTĂ A ARTEREI MEZENTERICE SUPERIOARE.** Apare fie prin embolie, fie prin tromboză pe o arteră aproape totdeauna parțial astupată de ateroscleroză. Produce infarct intestino-mezenteric. **Se tratează numai chirurgical,** printr-o operație de urgență la cîteva ore de la debut înainte ca să apară modificări ireversibile în intestin (necroză și perforație). Dacă la operație se găsește ischemie intestinală ireversibilă, atunci unica soluție este rezecția intestinală, segmentară sau chiar totală, cînd se rezecă și colonul drept. Dacă, însă, se găsește o ischemie intestinală parțial sau total reversibilă, atunci se încearcă o reconstrucție arterială (embolectomie, bypass, trombendarterectomie) (fig. 48). În acest caz, cînd sînt dubii asupra viabilității intestinului revascularizat, acesta se lasă pe loc, plaga se închide și se reintervine după 24—36 de ore. Este un procedeu în doi timpi, care are avantajul că păstrează intestin, limitînd rezecția numai la acele segmente care se vor defini precis necrozate. Se asociază tratament antibiotic masiv. Heparină nu se administrează, numai dacă se operează, altfel se adaugă în plus sînge și lichid în intestin și în peritoneu. Mortalitatea generală este mare, 65—85%, cauza fiind peritonita cu septicemie.

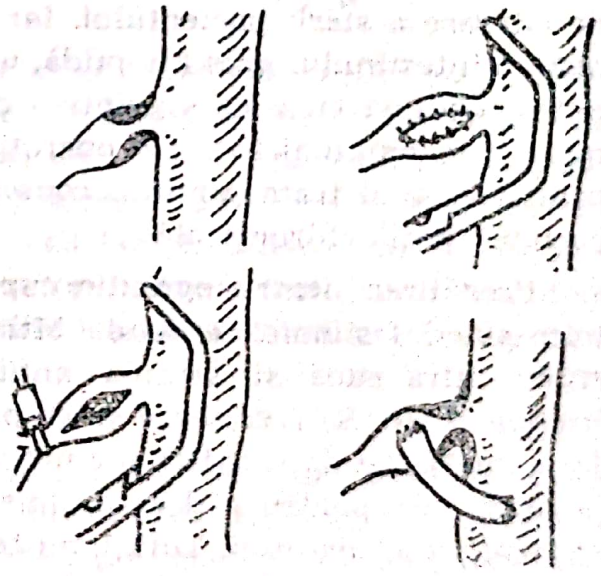


Fig. 48.

Scanned with OKEN Scanner

**OCLUZIE INTESTINALĂ ACUTĂ** (ileus). Este o boală în care există un obstacol în calea trecerii conținutului intestinal (gazos, lichid, solid) către în jos, prin lumenul intestinal. Se deosebesc două tipuri : mecanic și paralitic. **Ocluzia mecanică** are o leziune care obstruiază în mod organic lumenul intestinului. Dacă există numai o obstrucție pură a pasajului conținutului intestinal avem de-a face cu o ocluzie mecanică simplă (ocluzie prin obturație). Dacă, însă, se adaugă și o obstrucție a irigației sanguine a segmentului intestinal interesat, atunci există o ocluzie mecanică prin strangulație. În **ocluzia intestinală paralitică sau neurogenă** conținutul intestinal nu traversează intestinul din cauza paraliziei intestinale.

**Tratamentul** necesită **intervenție chirurgicală de urgență,** în principal, pentru că este dificil să facem diferențierea între o ocluzie simplă și una prin strangulație. Excepție de la această regulă sînt ocluzia postoperatorie precoce, ocluzia recidivantă tardivă datorită aderențelor și ocluzia parțială a intestinului gros. În cazul cînd obstrucția este dată de aderențe, atunci este indicat un **tratament conservator,** cu aspirație nazogastrică și echilibrare lichidiană intravenoasă, dar el trebuie să fie abandonat imediat la primul semn de alterare a stării pacientului. Iar în cazul unei obstrucții incomplete a intestinului gros (de pildă, un cancer stenozant al colonului) putem acționa cu succes printr-o clismă evacuatorie care ne permite să facem, mai tîrziu, o operație bine pregătită. Dar, și aici, la primul eșec al tratamentului conservator trebuie să venim repede cu intervenția chirurgicală.

Pregătirea pentru operație cuprinde instituirea aspirației gastrice sau intestinale cu sonda Miller-Abbott, administrarea de lichide intravenos și terapia antibiotică. Se calculează electrolitemia și Hb. Se recoltează sînge pentru determinare de grup și se face transfuzie dacă există șoc net. Operația poate fi întîrziată pînă la patru ore, pentru a decomprima intestinul și a ameliora starea generală a pacientului. Totuși, nu trebuie așteptat prea mult pentru a restabili normalul la un pacient foarte deshidratat. Se începe transfuzia, se continuă în timpul operației și se prelungește și în perioada postoperatorie. Nu trebuie să mai pierdem deloc timp cu pregătirea atunci cînd se pune un diagnostic sigur de ocluzie intestinală înainte să fi apărut distensia sau cînd ai motive să crezi că o ansă de intestin este în pericol de gangrenă (ocluzie prin strangulație).

Operațiile se execută cu scopul principal de a salva viața pacientului prin cel mai simplu procedeu capabil să aducă vindecarea.

Scanned with OKEN Scanner

Cei doi timpi esențiali ai operației sînt descoperirea cu rezolvarea agentului obstructiv și determinarea stării de viabilitate a segmentului intestinal eliberat. Sînt mai multe operații ce pot fi făcute : a) laparotomie exploratorie pentru obstrucție de origine nesigură (cu intubație și golirea anselor prin aspirație în timpul operației) (fig. 49) ; b) drenaj extern al intestinului, proximal de obstrucție (ileostomie, cecostomie, colostomie) ; c) operații de scurtcircuitare (enteroanastomoze sau anastomoze ileocolice) ; d) rezecție de intestin, fie pentru a extirpa leziunea obstructivă (de pildă, un cancer de colon), fie pentru că un segment strangulat al intestinului a suferit modificări ischemice ireversibile ; e) liza benzilor sau aderențelor ; f) operații planificate, pentru leziuni obstructive specifice (de pildă, o hernie externă strangulată).

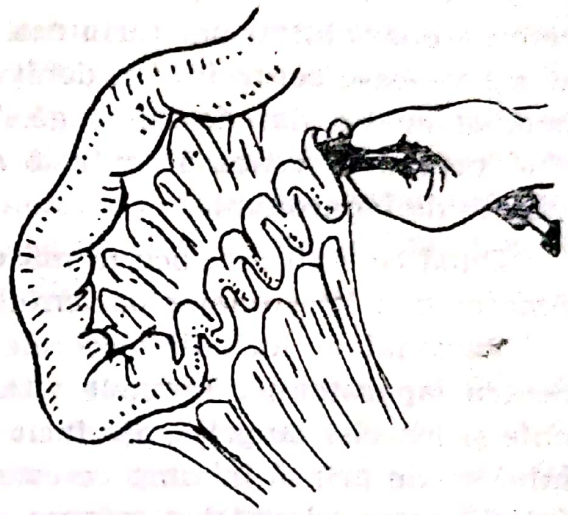


Fig. 49.

Rezultatele tratamentului ocluziei intestinale acute s-au îmbunătățit vizibil, odată cu introducerea intubației gastrointestinale de decompresiune. Dar și alți factori mai concură la succesul terapeutic : diagnosticul precoce, recunoașterea strangulării la începutul ei, abandonarea măsurilor conservatorii fără întîrziere cînd nu au succes, restabilirea rapidă a rezervelor hidroelectrolitice și nutritive ale pacientului, alegerea competentă și executarea oricărui procedeu chirurgical care este necesar.

**PACEMAKER INTESTINAL** (gastrointestinal). A fost introdus de către A. M. Bilgutay pentru prevenirea sau tratarea ileus-ului paralitic. S-a considerat că tractul gastrointestinal ar putea răspunde ca un mușchi sincițial la stimulare electrică (asemănător cordului). Experimentarea pe animale și studiile clinice au sugerat scurtarea perioadei adinamice a intestinului în unele cazuri. Dar utilizarea clinică nu a fost edificatoare.

**PERFORAȚIE INTESTINALĂ.** Este de două feluri : traumatică și patologică.

**Perforația traumatică** rezultă după contuziile și plăgile perforante ale abdomenului. Pacientul rănit este transportat la spital în

mod obligatoriu și rapid. Acolo se stabilește un diagnostic de traumatism intraabdominal, ușor de confirmat prin eviscerația însoțitoare sau imposibil de confirmat inițial. Prioritate imediată se dă stabilirii unei căi respiratorii permeabile și controlului hemoragiei interne. Șocul este foarte frecvent și dacă lipsesc traumatismul cranian sau hemoragia externă atunci el e provocat de hemoragie internă dintr-un viscer rupt. Trebuie tratat prin transfuzie sanguină. Criteriile importante pentru eficacitatea tratamentului sînt măsurătorile debitului urinar (prin cateter vezical lăsat pe loc) și ale presiunii venoase centrale. Un debit urinar de 25—50 ml/oră va apare imediat ce s-a dat destul sînge. Transfuzii se administrează pînă cînd presiunea venoasă centrală a crescut de la zero la 6 cm apă înainte de laparotomie.

După ce s-au luat aceste **măsuri preliminare,** se acordă atenție simptomelor și semnelor pacientului. Durerea abdominală este semnul cardinal al leziunii viscerale. Accentuarea ei este o indicație pentru laparotomie. Semnele vitale trebuie luate la fiecare 15 minute și înscrise cu grijă, așa încît orice modificare în starea pacientului să fie prinsă în timp ce este supraveghiat. În perioada observației se vor administra opiacee cu mare grijă. De preferat, se vor administra numai după ce a fost luată decizia de a opera și se dau intravenos, în doze cît de mici posibil.

**Laparotomia exploratorie** este indicată în toate cazurile suspecte de leziuni intraabdominale. În cazurile îndoielnice, este mai bine să explorezi decît să amîni decizia. O problemă dificilă se naște cînd sînt mai multe leziuni la același pacient, interesînd diferite sisteme. Este clar că prioritatea pentru tratamentul leziunilor abdominale este măsura logică, pentru că mortalitatea crește odată cu întîrzierea, în special cînd este interesat tractul gastrointestinal. Fracturile și leziunile craniene necesită un tratament mult mai puțin urgent. Antibioticele se încep înainte de operație și se continuă după aceea. Se preferă o combinație de penicilină și streptomicină (penicilină minimum 2 milioane u. și streptomicină 2 g pe zi). Dacă există alergie la penicilină se alege cloromicetină. Anestezia preferată este narcoza cu intubație și se va avea grijă să se evite pneumonia de aspirație (golirea prealabilă a stomacului cu tubul Levin). Incizia de laparotomie va evita plăgile parietale abdominale de eșire și intrare, care vor fi debridate la sfîrșitul operației. Rezolvarea leziunilor intestinale diferă și include enterorafii și enterectomii. La sfîrșit, sutura plăgii operatorii se va face solid, cu fire de tensiune și cu decompresiune abdominală postoperatorie prin tub Levin, gastrostomie, cecostomie sau colostomie transversă (din cauza

Scanned with OKEN Scanner

pericolului dehiscenței). Mortalitatea depinde de severitatea plăgii, de gradul de șoc, de întîrzierea între rănire și operație și de numărul de viscere interesate.

**Perforația patologică** poate surveni în evoluția diferitelor boli inflamatorii ale intestinului subțire (tuberculoză, ileită terminală, ulcer acut, endarterită mezenterică) și necesită enterorafie sau, mai sigur, enterectomie. Perforația intestinală de origine tifică, rară azi, pune probleme terapeutice speciale. **Tratamentul chirurgical a rămas singurul valabil,** deoarece măsurile conservatorii (aspirație gastrică, reechilibrare hidroelectrolitică și antibioterapie) nu au dat rezultate. Precocitatea operației este obligatorie pentru a evita generalizarea procesului peritoneal. Aici, procedeul de elecție este enterorafia, ca operație minimă ; enterectomia este de evitat, dat fiind starea alterată a pacientului. Cîteodată și o ileostomie minimă, laterală, pe sondă Nelaton, își are indicație aici.

**PARAZITOZE INTESTINALE** (anchilostomiaza, ascaridoza, lambliaza, oxiuroza, teniaza, tricocefaloza, strongiloidoza și trichinoza). Adesea sîntem confruntați, în practica medicală, cu sindroame clinice aparent disparate (sindrom dispeptic cu coloratură duodenală, intestinală, biliară ; sindrom anemic de tip feripriv sau megaloblastic ; sindrom neuropsihic), care au ca substrat o infestație parazitară a tubului digestiv. Dificultatea diagnostică este, în multe cazuri, rezolvată prin eliminarea fecală a parazitului (tenie, ascarizi, oxiuri) și/sau orală (ascarizi). Alteori, sîntem nevoiți să recurgem la investigații de laborator : eozinofilie sanguină, evidențierea microscopică a parazitului (lamblii) sau ouăle-larve, chistele protozoarelor. Identificarea parazitului este esențială pentru instituirea unui tratament corect și eficace. Se va avea în vedere, desigur, depistarea sursei infestării, a tuturor persoanelor infectate dintr-o colectivitate (membrii unei familii), ca și a obiectelor (în deosebi lenjeria) folosite de acestea.

1. **Anchilostomiaza. Tratamentul profilactic** vizează îmbunătățirea condițiilor de muncă, igienă a locului de muncă în mină, latrine suficiente și igienice, igienă individuală.

**Tratamentul curativ** se face cu tetracloretilen (Didaken-Specia), capsule gelatinoase a 1 g. Se administrează în doză unică dimineața à jeun trei capsule pe rînd, din 10 în 10 minute. Se repetă trei zile consecutiv. La trei ore după ultima capsulă se dă sulfat de Na. Incidente : grețuri, vertij, cefalee, ele nu necesită tratamente speciale, ci doar repaus la pat în dimineața administrării. Contraindicații : cînd coexistă ascarizi. Tratamentul cu Alcopar, Hidroxinaftoat

(Wellcome), cașete a 5 g ; se face în două cure, înainte și după cură cu Tetracloretilen. Doze : adulți și copii peste doi ani, 1 cașet dimineața à jeun ; copii sub doi ani, 1/2 cașet. Priza este unică.

Dymantina este un preparat recent cu acțiune vermicidă și ovocidă. Se administrează 50 mg/kg corp, dimineața. La acest tratament specific se vor adăuga preparate de Fe (Tonofer, Fer polimaltozat, Gluconat feros) pentru a compensa carența de fier. De asemenea, regim hipercaloric, bogat în proteine.

2. **Ascaridoza. Tratamentul profilactic** cuprinde măsuri de igienă, depistarea și tratarea purtătorilor, dehelmintizarea materiilor fecale (apa fierbinte 70° omoară ouăle în cîteva secunde). **Tratamentul curativ** se face, astăzi, cu preparate de piperazină (medicamentul de electie) : Nematocton (vermicid). Pregătirea bolnavului nu este necesară. Se administrează la adult și copil peste șapte ani : timp de patru zile 3×2 comprimate/zi sau 4—5 linguriție/zi din soluția 10% (respectiv 2—2 1/2 linguriță din soluția 20%), înaintea meselor principale cu 1/4 oră. La copilul pînă la șase ani se dă în trei prize 1 comprimat pe an de vîrstă. Cura se repetă după zece zile. Contraindicații : insuficiența renală.

3. **Lambliaza. Profilaxia** este comună tuturor parazitozelor : igiena individuală, spălarea fructelor și zarzavaturilor, controale periodice în colectivitățile de copii. **Tratamentul curativ** se face cu Atebrină sau/și Metronidazol. Se preferă tratamentul local cu Atebrină, prin sonda duodenală, după apariția bilei B. La sondaj se administrează 1 tabletă (a 0,10 g) la 10 kg greutate, sfărîmată și dizolvată în 15—20 ml apă călduță. Se poate recurge și la tratamentul per oral : 3 comprimate/zi, timp de cinci zile la adult. La copil 1/2—3 comprimate/zi, după vîrstă. Produsul poate antrena o xantodermie pasageră. Metronidazolul (Flagyl) se administrează 4 comprimate/zi, timp de zece zile, fracționate în mai multe prize zilnice. La copii : 1—4 comprimate/zi, după vîrstă. O singură cură cu unul din aceste medicamente este în general suficientă. Alteori se pot alterna cele două medicamente (după o pauză de o săptămînă între ele).

4. **Oxiuroza. Profilactic,** se impun unele măsuri de igienă corporală aplicate întregii familii pentru evitarea re- și autoinfestării : spălarea mîinilor, tăierea unghiilor, schimbarea frecventă a rufăriei de corp și pat și călcarea cu fierul fierbinte. Se va spăla regiunea anală cu apă și săpun (dimineața și seara), apoi se unge cu precipitat galben cu mercur 2%. **Tratament curativ** se face cu Oxiuran (violet de gențiană) sau Vermigal (pamoat de pirviniu) ; se poate recurge și la Nematocton. Oxiuranul (drajeuri à 10 mg pentru copii

și 25 mg pentru adulți) se administrează 2×2 drajeuri/zi, înaintea meselor cu 1/2 oră, timp de șase zile. După o pauză de șapte zile se repetă cura. În cursul tratamentului vor fi excluse din alimentație alcoolul și alimentele prea grase. Este contraindicat în insuficiența hepatică, renală, cardiacă, ulcer, enterocolită. Vermigalul (Povan—S.U.A.), suspensie ce conține 10 mg pirviniu, se administrează 5 mg/kg corp sau o linguriță la 10 kg, în priză unică înaintea unei mese, fără precauțiuni speciale. Unii preferă administrarea în trei prize, la două ore după mese, timp de trei zile. La zece zile se face a doua cură. Vom preveni bolnavul că scaunele se colorează în roșu.

Clismele cu usturoi, apă sărată 10%, bicarbonat de Na 2—4% se recomandă ca adjuvant al tratamentului medicamentos. În oxiurozele persistente, învechite se poate utiliza cu bune rezultate soluția uleioasă de piretine (Helmifige, flacon à 100 ml) în clismă (după o prealabilă clismă evacuatorie). Pruritul anal se calmează cu unguent galben de Hg 2%, supozitoare cu DDT, 10 mg Fenergan.

5. **Teniaza. Profilaxia** este elementul esențial : consumul cărnii după fierbere completă și evitarea procurării „ocazionale", neverificată a cărnii. Congelarea cărnii distruge cisticercii, igiena apei potabile, a legumelor și fructelor, igiena mîinilor. **Tratamentul curativ** se face cu Mepacrin sau cu Niclosamid. În seara care precede tratamentul se administrează un purgativ salin, iar în dimineața zilei cînd se aplică tratamentul se face o clismă evacuatorie. Mepacrinul (tablete à 0,10 g) se administrează à jeun cîte 8 tablete (2×4 la interval de o oră) sau dizolvate în apă călduță, pe sonda duodenală (după 10 minute pe aceeași sondă se administrează purgativul Sulfat de Mg 15—20 g). Se recomandă, apoi, defecarea pe oală de noapte cu apă călduță, acoperită cu un tifon ca viermele să nu se rupă și să se poată căuta scolexul (ne vom folosi de lupă). Se mai poate recurge la injectarea în corpul parazitului, cînd apare la anus, a morfinei (1 fiolă), ceea ce amplifică sursele de succes în eliminarea teniei. Niclosamidul (Yomesan) se găsește în tablete à 500 mg (cutii cu 4 tablete). Se administrează la adulți și copii peste 8 ani, dimineața pe nemîncate 2×2 tablete, la interval de 1 oră, se mestecă bine în gură și se inghit cu apă. Nu necesită purgativ. După două ore se poate mînca. Botricefaloza, Himenoleptidoza (tenia Nana) beneficiază de același tratament.

6. **Tricocefaloza. Profilaxia** constă în depistarea purtătorilor și măsuri de igienă obișnuite. **Tratamentul curativ** se face cu timol (capsule). Ca măsură de precauție : cu o zi înaintea începutului de administrare a medicamentului se exclud din alimentație alcoolul,

Scanned with OKEN Scanner

oțetul, grăsimile. Doze : 0,06 g/an vîrstă, în 2—3 prize la interval de 1/2 oră, dimineața à jeun. Se fac trei cicluri de cîte șase zile cu zece zile pauză între ele. În seara zilelor a 3-a și a 6-a de tratament se va administra sulfat de Na (10—30 g). Repetarea după două luni. Se mai poate utiliza Ditiozantina (Telmid) 0,1 g/kg corp în trei prize (la două ore după mese) sub formă de drajeuri 0,05 g care se înghit fără a fi mestecate. Tratamentul cu Bemarsal (Specia) folosește, la adulți, 4 comprimate/zi (2×2 g), iar la copii 5 cg/kg/zi. Se face o cură de zece zile.

7. **Strongiloidoza. Tratamentul curativ** se efectuează cu : Violet de gențiană (Oxiuran) 2—3 drajeuri/zi, timp de 15 zile) ; Pamoat de pirviniu (Vermigal) 1 flacon de 25 ml după masa de prînz, într-o singură doză sau repetat și în ziua următoare (atenție la colorarea roșie a materiilor fecale) ; Dithiazanina (Telmid, Delvex) este un antihelmintic cu spectru larg cu ajutorul căruia se obțin vindecări în proporție mai redusă și cu efecte secundare importante, motiv pentru care se recomandă doze progresive : 100 mg/zi la început, apoi se crește pînă la 400—500 mg cu administrare fracționată (doza totală : 4—7,5 g). Thiabendazolul (Mintezol) are un indice de eficiență de 90%. Administrarea în doze repetate (25 mg/kg corp. timp de 2—3 zile) dă rezultate mai bune decît administrarea în doză unică (50—100 mg/kg corp).

8. **Trichinoza.** Infestația cu trichină se produce pe cale intestinală prin consumul cărnii de porc, mistreț, urs, conținătoare de larve închistate. Manifestările clinice sînt gastro-intestinale : vărsături, diaree, dureri abdominale, la care se adaugă febră, edem al feței și eozinofilie sanguină foarte mare. Ulterior, la 10—14 zile, apar dureri musculare difuze (miozita) datorită pătrunderii larvelor în mușchii scheletici. **Profilaxia** vizează prelucrarea termică atentă a cărnii și, desigur, controlul veterinar al acesteia la nivelul abatoarelor și unităților de prelucrare a cărnii. **Tratamentul curativ** se efectuează prin administrarea de antihelmintice cu spectru larg, dar cu eficiență scăzută. Cura se prelungește și după remiterea semnelor intestinale, deoarece este posibil ca femelele să rămînă atașate de mucoasa intestinală. În ultimul timp, derivatele de thiabendazol (Mintezol) cîte 10 mg timp de 5—10 zile au dat rezultate favorabile : scăderea febrei, ameliorarea stării generale. Se prescrie cu scopul de a distruge adulții în intestin. Nu are acțiune asupra larvelor intratisulare și nu este eficace decît dacă se administrează precoce. Corticoterapia se administrează în faza trichinozei musculare pentru diminuarea reacției inflamatorii perichistice și a manifestărilor alergice. Prin administrare de zahăr în

cantităţi mari se limitează invazia musculară a larvelor. Hiperglicemia terapeutică realizată previne totodată eventualele tulburări de tip hipoglicemic. Se impun repaus la pat şi medicaţie funcţională simptomatică.

**PERIVISCERITE.** Sînt procese secundare unor suferinţe inflamatorii sau ulcerative de la nivelul tubului digestiv, al glandelor anexe sau de la organele genitale la femei. Orice suferinţă viscerală abdominală va antrena pe cale limfatică mezenterul şi peritoneul, cu interesare poliviscerală. Locul de plecare poate fi : pe partea dreaptă a abdomenului, de la stomac şi duoden (gastrite cronice, ulcer), căi biliare, pancreatite, apendicită cronică, tiflită, ileită ; pe partea stîngă, de la sigmoidite, colite descendente ; pe ambele părţi, de la procesele inflamatorii genitale la femei şi de la peritonita tuberculoasă torpidă.

**Terapia** va trebui să ţină cont de existenţa unor factori favorizanţi : predispoziţia (diateza fibroplastică) şi intervenţiile chirurgicale intraabdominale efectuate în prezenţa unor procese inflamatorii active, operaţiile „oarbe" aşa-zise estetice, pe zona cecoapendiculară.

Ţinînd cont de simptomatologia proteiformă şi dificultatea tratamentului acestor suferinţe, se impun unele măsuri de **profilaxie**, care vor viza : 1. Tratamentul corect al suferinţelor viscerale cauzatoare. 2. Evitarea intervenţiilor chirurgicale intraabdominale (în deosebi pe apendice, căi biliare şi organe genitale la femei) în puseu inflamator subacut, cînd urgenţa nu reclamă intervenţii. 3. În cazul intervenţiilor chirurgicale este necesară o hemostază bună, evitarea traumatizărilor de ţesuturi şi peritonizare bună.

**Tratamentul curativ** este complex, reclamă o individualizare şi multă răbdare. În perioadele de crize dureroase se recomandă repaus la pat şapte—zece zile, repaus postalimentar cu clinodigestie ventrală ; alimentaţie fracţionată, un regim alimentar adecvat în funcţie de suferinţa preponderentă (biliară, duodenală, cecală, constipaţie, diaree). În caz de hipofermenţie digestivă se indică tratamentul substitutiv cu fermenţi corespunzători.

Dacă există probe de activitate inflamatorie se instituie terapia cortizonică sau cu ACTH ; cure de 14—20 zile, cu doze similare celor din peritonita tuberculoasă. În intervalul dintre serii se pot administra medicamente antireumatismale : Alindor, Butazolidin, Aspirină în cure scurte de zece zile şi în asociere cu vitaminele C, P, A şi D. Durerile se vor calma cu anticolinergice, antispastice şi analgezice, codeină. Se vor combate meteorismul (vezi „dispepsia

gazoasă"), diareea și constipația. Pentru redresarea stării de nutriție se dau anabolizante : Naposim, Madiol (cîte 2 tablete/zi, după mesele principale). În prezența stărilor nevrotice (pe fondul stazei duodenale) se va prescrie insulină 10 u.i., cu 1/2 oră înaintea mesei de prînz. Simptomatic, se vor combate grețurile și vărsăturile cu Emetiral, iar insomnia cu Ciclobarbital, Noxiron. Efecte favorabile se pot obține și prin fizioterapie : zece ultrascurte sau ultraviolete pe regiunea abdominală, comprese umede calde, cataplasme cu nămol sau parafină, radioterapie în cazurile foarte dureroase. Se pot prescrie cure balneare la Bazna, Felix, Eforie, Vatra-Dornei.

**Tratamentul chirurgical** (intervenții și reintervenții) se vor face numai în caz de necesitate (stenoze, ocluzii).

**PLAGĂ INTESTINALĂ.** Necesită **laparotomie de urgență.** Plaga înțepată se înfundă în bursă sau simplă cusătură. Plaga tăiată se suturează în unul sau două planuri. Hematomul peretelui intestinal se înfundă sau se excizează cuneiform. Plaga contuză se regularizează și se suturează. Rezecția de intestin crește mortalitatea. Ea trebuie executată numai dacă mezenterul cu întreg importantul său aport sanguin este atît de lezat încît periclitează viabilitatea intestinului sau dacă sînt prezente mai multe perforații largi, la scurtă distanță una de alta.

**PEUTZ-JEGHERS** (sindrom). Este polipoza intestinală asociată cu o pigmentare melaninică mucocutanată a pacientului. Manifestarea clinică principală este recidiva atacurilor de colică abdominală secundară invaginației polipilor. Polipii sînt clasificați ca benigni, deși pot prezenta anomalii de dezvoltare malignă. Forma acceptată de **tratament** a polipilor este **excizia lor chirurgicală.** Se propune o rezecție radială, din cauza pericolului transformării maligne.

**REZECȚIE INTESTINALĂ** (vezi „enterectomie").

**SINDROAME VASCULARE ABDOMINALE.** Cuprind cazuri de insuficiență de irigație intestinală ce se manifestă variat în raport de viteza de instalare a ischemiei, de mărimea vasului interesat, de vasul afectat (trunchi coeliac, a. mezenterică superioară, a. mezenterică inferioară) și de capacitatea de supleanță a circulației colaterale. În mod obișnuit tulburările de acest gen apar la bolnavi cu arterioscleroză cu manifestări periferice și, mai rar, în condiții patologice deosebite, emboligene sau trombozante. A. mezenterică inferioară are calibrul cel mai mic și este cea mai sever atinsă. În

Scanned with OKEN Scanner

general, plăcile de aterom se găsesc la ostiumul arterial, pe primii centimetri şi sînt urmate de o mică dilatare anevrismală. Modificările pot fi decelate pe clişeul arteriografiei selective, mai ales pe cel de profil. Manifestarea clinică cea mai evocatoare este „angina abdominală" (durere sub formă de crampă localizată epigastric sau medioabdominal, ce apare la 15′—30′ postprandial, cu o durată de una—două ore şi cedînd la vasodilatatoare). Pe lîngă durere apare senzaţia de plenitudine, de meteorism şi de paliditate cu răcirea extremităţilor. Criza se însoţeşte uneori de eructaţii, vărsături sau flatulenţă. Nu rareori se asociază şi sindromul de malabsorbţie datorită alterării arterei hepatice, unei stenoze progresive sau unui ulcer de intestin subţire sau de colon. Zona de irigaţie limitrofă a celor două mezenterice face ca unghiul splenic al colonului să fie cel mai interesat, realizînd aşa numita colită ischemică.

În această fază este indicat **tratamentul medical,** care urmăreşte prevenirea şi combaterea spasmelor arteriale din cursul digestiei, cînd irigaţia mezenterică devine deficitară. Se recomandă mese reduse, fracţionate cu alimente uşor digerabile. După masă, repausul la pat este obligatoriu. În caz de angină abdominală se administrează nitroglicerină sublingual, miofilină sau papaverină. Suprimarea obstacolului arterial pune **problema reconstrucţiei şi plastiei arteriale** (vezi „stenoza a. mezenterice superioare", „ocluzia acută a a. mezenterice superioare").

În colita ischemică, afecţiune gravă cu alură inflamatorie, expusă la perforaţii şi peritonite, tratamentul de mai sus se completează şi cu antibiotice. Singura soluţie radicală este intervenţia chirurgicală de plastie arterială (vezi „colita ischemică").

**STENOZA A. MEZENTERICE SUPERIOARE.** Este ocluzia incompletă (stenoză), progresivă şi aterosclerotică a a. mezenterice superioare şi uneori şi a trunchiului celiac. Ea determină sindromul de „angină intestinală". Se produce o ischemie intestinală fără infarct, datorită circulaţiei colaterale ce se dezvoltă şi care asigură viabilitatea intestinului afectat, dar nu şi funcţionarea lui la efort. Dacă s-a pus diagnosticul de stenoză a trunchiului celiac şi a a. mezenterice, atunci este indicat **tratamentul chirurgical.** În acest fel,

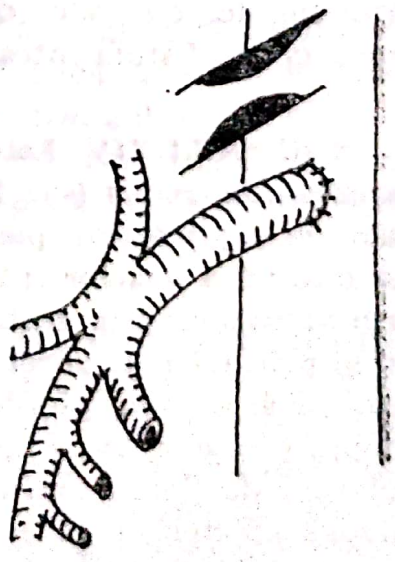


Fig. 50.

au numai că suprimăm simptomele anginei intestinale, ci prevenim şi eventuala progresie spre tromboză şi infarct intestinal. Ca şi în ateroscleroza obliterantă de la membrele inferioare, de la a. coronare, de la a. carotide şi aici obstrucţia este segmentară şi plasată la orificiul arterei. De aceea, corecţia chirurgicală este posibilă. Se practică fie o trombendarterectomie, fie un bypass venos sau sintetic prin care se ocoleşte segmentul stenozat, fie excizia segmentului stenozat şi reimplantarea a. mezenterice superioare în aortă (fig. 50).

**STRANGULARE INTESTINALĂ.** Este forma de ocluzie intestinală acută mecanică la care pe lîngă obstrucţie există şi întreruperea arterelor şi/sau venelor peretelui intestinal corespunzător. Drept rezultat poate apare o moarte rapidă a ţesuturilor (ruptura intestinului ca rezultat al gangrenei ; trecerea rapidă a bacteriilor şi/sau a materialului toxic prin peretele intestinal necrotic în peritoneu ; ocluzii venoase sau arteriale în mezenter, cu pierderi sanguine masive în lumenul intestinal). Cînd strangularea complică ocluzia intestinală mortalitatea creşte serios. De aceea, sînt necesare un diagnostic precoce şi un **tratament prompt.** Atît de rapidă este fatalitatea prin strangulare, încît chiar cu **intervenţia chirurgicală** cea mai perfectă mortalitatea în ocluzia intestinală creşte de la 4,5% în timpul primelor 24 de ore la 23% în timpul următoarelor 24 de ore şi la 45% sau mai mult după aceea.

**ŞOC INTESTINAL.** Este şocul prin pierderile masive de lichid intestinal. Caracterizează evoluţia fistulelor intestinale cu debit mare = 500—1 500 ml sau a fistulelor aproape totale. Este un şoc hipovolemic, cu mari dezechilibre hidroelectrolitice şi denutriţie gravă (vezi „fistula intestinală").

**ŞOC OCLUZIV.** Este insuficienţa circulatorie acută cu volum extracelular redus (şoc hipovolemic) care apare în ocluzia intestinală. Se explică prin pierdere de lichid şi electroliţi şi prin distensia masivă a anselor intestinale cu gaze şi lichide. Pierderile apar prin vărsături, prin sechestrare în lumenul stomacului şi intestinului şi prin edemul peretelui intestinal. În obstrucţia simplă se consemnează, adesea, pierderea a 3—4 litri de lichid cu electroliţi în timpul primelor 24 de ore, ceea ce produce o reducere însemnată în volumul de lichid extracelular. Distensia intestinului proximal îşi adaugă efectele, prin aceea că ea accelerează sechestrarea lichidelor (pentru că măreşte transudaţia şi secreţia şi scade, în acelaşi

Scanned with OKEN Scanner

timp, absorbţia acestor lichide). În ocluzia mecanică cu strangulaţie se mai adaugă încă şi o mare pierdere de globule roşii în ansa obstruată, cîteodată de o asemenea severitate încît este nevoie de transfuzie. În plus, strangularea favorizează dezvoltarea şi trecerea microbilor (enterococi, coli, proteus, clostridii) prin peretele intestinal deteriorat şi absorbţia lor din cavitatea peritoneală (şoc endotoxinic). Totodată, ansele ischemiate eliberează substanţe vasodepresoare care contribuie la colapsul vascular periferic (I. Teodorescu-Exarcu).

**Tratamentul** şocului ocluziv va cuprinde, de aceea, înlocuirea lichidiană, decompresiunea tractului gastrointestinal şi combaterea infecţiei existente sau potenţiale. Această deşocare trebuie să preceadă actul operator şi ea necesită trei—patru ore sau şase—opt ore la bolnavul cu o problemă complicată. Singura excepţie de la această regulă o furnizează strangularea, care ameninţă cu necroză şi perforaţie şi la care chirurgul trebuie să intervină imediat (bineînţeles, pornind şi deşocarea). Cantitatea de lichide necesare înlocuirilor nu poate fi precis calculată, dar în distensia moderată a mai multor anse de intestin subţire sînt necesare cam 2 000—3 000 ml pentru administrare. Tipul de lichide indicate variază. În obstrucţia jejunală foarte înaltă se dă soluţie fiziologică la care se adaugă potasiu. În obstrucţia obişnuită a intestinului subţire se preferă soluţie Hartmann (sau soluţie lactat Ringer), de asemenea cu potasiu. În strangulaţie, după cum am spus, se indică şi sînge. Eficacitatea terapiei lichidiene se va urmări după răspunsul clinic al pacientului (puls, tensiune arterială, debit urinar) şi după monitorizarea presiunii venoase centrale. Decompresiunea tractului digestiv se obţine prin tub gastric sau intestinal, care vor fi menţinute în stare de funcţionare continuă prin irigaţii şi aspiraţie. În sfîrşit, se preconizează utilizarea profilactică a antibioticelor pentru a întîrzia sau a preveni consecinţele strangulaţiei şi pentru a micşora şansa infecţiei postoperatorii. De aceea, de îndată ce s-a stabilit diagnosticul de ocluzie se începe şi tratamentul i.v. cu un antibiotic cu spectru larg.

**TROMBOZA A. MEZENTERICE INFERIOARE.** Apare aproape totdeauna ca o tromboză suprapusă pe o placă ateromatoasă şi, mai rar, după embolie sau anevrism disecant. Produce un infarct al colonului descendent, care trebuie recunoscut rapid şi **operat imediat.** Operaţia constă în rezecţia segmentului de colon infarcizat. Riscul este mare, pentru că bolnavii sînt purtători de ateroscleroză generalizată. De aceea, mortalitatea generală este ridicată, cam 70%.



Scanned with OKEN Scanner

**TROMBOZA V. MEZENTERICE SUPERIOARE.** Poate fi idiopatică sau secundară, cînd apare ca o complicaţie a unei supuraţii intraabdominale (apendicită, diverticulită, pelviperitonită), a unei carcinomatoze, a unei obstrucţii portale sau a unui traumatism accidental sau operator. Produce un infarct intestinal hemoragic. **Singurul tratament este cel chirurgical,** cît mai precoce, înainte să apară tromboză extensivă de-a lungul întregii circulaţii venoase splanhnice. Dar, spre deosebire de tromboza arterială mezenterică, tromboza venoasă apare mai frecvent în tributarele periferice decît în trunchiul principal. De aceea, în cele mai multe cazuri este posibilă o enterectomie segmentară, ceea ce ajută supravieţuirii bolnavului. Se asociază antibiotice cu spectru larg şi Peniciline în doze masive. Se încep şi anticoagulante după 12—24 ore de la operaţie. În plus, în acest tip de infarct mezenteric se obişnuieşte o reintervenţie de control (second-look) după 24—36 ore, din cauza frecvenţei apariţii a retrombozării sau a extinderii cheagurilor reziduale. În general, prognosticul este ceva mai bun decît în infarctul datorat ocluziei arteriale.

**TUBERCULOZĂ INTESTINALĂ.** Tuberculoza intestinală reprezintă una din cele mai rare localizări ale bacilului Koch. Se observă, în general, la vîrsta adultă, fiind datorită înghiţirii bacilului Koch din spută la bolnavii de tuberculoză pulmonară. Mai rar, poate fi realizată şi prin diseminare hematogenă. Simptomatologic, în forma ulceroasă se caracterizează prin tulburări dispeptice de tip hipostenic, dureri abdominale cu localizare în fosa ileocecală ritmate alimentar, apărînd postprandial la două-patru ore. La aceste acuze se asociază tulburări de tranzit în care diareea capricioasă alternează cu constipaţia şi se complică ulterior cu malabsorbţia. În forma tumorală se palpează, în fosa iliacă dreaptă, o rezistenţă sensibilă care apare în contextul semnelor de impregnare bacilară. În evoluţia bolii, anumite complicaţii sînt de reţinut : hemoragia digestivă (complicaţie mai rară) şi stenoza digestivă (mai frecvent întîlnită).

Urmărirea bolnavului va trebui să controleze evoluţia durerilor, a tulburărilor de tranzit intestinal, a curbei termice, a vitezei de sedimentare a hematiilor, a examenului radiologic ce trebuie repetat trimestrial.

**Tratamentul** este de lungă durată, 18—20 luni şi este, în general, în funcţie de etapa respectivă. În situaţia unui bolnav cu leziuni pulmonare active se impune internarea în sanatoriu. Deose-

Scanned with OKEN Scanner

bim o fază de atac (primele două — trei luni de tratament), o fază de întreținere (două — trei luni) și o fază de consolidare (6—12 luni).

**În faza de atac** se impune **repaus la pat** și un **regim dietetic** de cruțare bogat în proteine, sărac în lipide, moderat în hidrocarbonate. Se interzic alimentele iritante (prăjeli, băuturi alcoolice, condimente), celulozicele, crudițățile și laptele.

**Tratamentul medical** se bazează pe marile principii ale chimioterapiei antituberculoase. În această fază, ca tratament etiologic se apelează la Streptomicină 1 g/zi sau Etionamidă 0,50—0,75 g/zi sau Cicloserină 1--3 capsule/zi ; la H.I.N. 10 mg/kg corp și la PAS 12 g/zi.

Tratamentul cu Streptomicină va fi susținut pînă la doza totală de 90 g (trei luni) și va impune un control sistematic O.R.L. pentru depistarea precoce a atingerilor vestibulare sau cochdeare (audiograma).

Ca medicație antiinflamatorie se asociază derivații cortizonici Prednison 40 mg/zi sau Delta-cortizon, două luni, după care se scade progresiv la doza de 20 mg/zi timp de trei — patru luni. Foarte importantă este vitaminoterapia : vitamina C 600 mg — 1 g/zi ; complex B ; piridoxină (pentru prevenirea nevritelor) ; vitamina A și D 3—5 drajeuri/zi. Ca tratament simptomatic se administrează anticolinergice, antispasmodice și, în caz de diarei rezistente, Carbonat de Ca 10—20 g/zi, Clorură de K 2—3 g/zi, Mecopar 6 tablete/zi, Bismut Carbonic 10—20 g/zi.

**În faza de întreținere,** două — trei luni, bolnavul se mobilizează prin cameră. În această fază Streptomicina se oprește și se continuă cu H.I.N. 10 mg/kg corp și vitaminoterapie.

**În faza de consolidare** bolnavul își reia treptat activitatea care va rămîne însă cu un orar redus, cu respectarea aceleași medicații ca în faza precedentă. Această etapă durează 6 luni—1 an. Se apreciază că la un an de tratament bolnavul poate să-și reia activitatea obișnuită.

**Tratamentul chirurgical** se aplică în anumite circumstanțe : sindrom de abdomen acut (perforație sau ocluzie intestinală) ; abces rece pe cale de fistulizare ; forma tumorală, care este o leziune ireversibilă și pune probleme delicate de diagnostic diferențial ; hemoragii masive ce nu pot fi stăpînite prin tratament medical.

Tratamentul chirurgical se face sub protecția chimioterapiei antituberculoase.

**TUMORI BENIGNE DE INTESTIN SUBȚIRE.** Polipii adenomatoși au importanță practică. Frecvent, ei se complică cu sîngerări intestinale, ocluzii sau subocluzii (prin invaginație) și degenerare

malignă. De aceea, este indicată **excizia lor chirurgicală** fie prin simplă polipectomie, fie prin enterectomie segmentară.

**ULCER PRIMITIV AL INTESTINULUI SUBȚIRE** (ulcerul simplu). Apare rar, fie pe jejun, fie pe ileon și seamănă foarte mult cu ulcerul duodenal. Majoritatea pacienților se prezintă în stadiul de complicații : ocluzie, perforație, hemoragie cînd se face și diagnosticul ulcerului simplu. **Tratamentul este numai chirurgical,** enterectomia fiind de preferat exciziei simple.

**VOLVULUS.** Este tipul de ocluzie intestinală care se caracterizează prin torsionarea sau înnodarea intestinului. Forma cea mai comună este rotația intestinală în jurul axului mezenteric. Ansa sigmoidă, intestinul subțire și cecul (mult mai rar) pot fi sediul unui volvulus intestinal (fig. 51). Numai în volvulusul sigmoidian se tentează un **tratament conservator.** Dacă sînt semne de strangulare, se face sigmoidoscopie și se introduce un tub rectal lung, cu pacientul în poziție genu-pectorală. În caz că se reușește eliminarea gazelor reținute și dezumflarea intestinului, atunci ansa sigmoidă se descomprimă și se introduce la poziția sa normală.

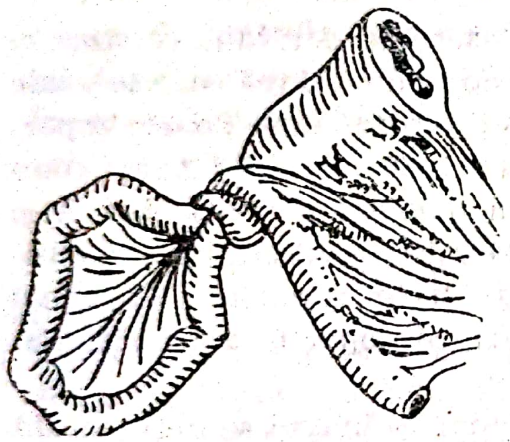


Fig. 51.

În rest, **tratamentul este chirurgical.** Scopul operației este restabilirea tranzitului intestinal și corectarea oricărui factor, care poate predispune la volvulus. În cazurile operate precoce poate fi suficientă simpla detorsionare a ansei afectate. În cazurile tardive, în care a apărut devitalizarea intestinului, este necesară rezecția segmentului intestinal urmată de anastomoză. Numai la sigmă, dacă rezecția imediată nu e posibilă, avem dreptul să exteriorizăm ansa gangrenată (operația Mikulicz). Fixarea intestinului sau a mezenterului său și fixarea cecului vor evita recidiva după detorsionare ; în același scop, rezecția unei anse sigmoidiene excesive este justificată Mortalitatea operatorie este mare pentru că, în plus de sindromul ocluziv, se adaugă un sindrom de strangulație de instalație rapidă. Aceasta subliniază necesitatea intervenției imediate. Prezența gangrenei intestinale dublează mortalitatea.

Scanned with OKEN Scanner

# COLON, RECT, ANUS

**ACHALAZIE ANORECTALĂ** (megacolon funcţional). Este o afecţiune caracterizată prin disfuncţia segmentului anal al rectului, ducînd la constipaţie secundară. Faţă de megacolonul congenital şi cel secundar, în cazul achalaziei anorectale nu se constată leziuni organice aparente. Există doar un megarect (fără să existe un segment ingustat) care conţine fecaloame. Examenele histopatologice bioptice au putut surprinde, totuşi, absenţa inervaţiei autonome la nivelul sfincterului intern. Aceasta a dus la ideea efectuării sfincterotomiei interne (corespunzînd operaţiei de cardiomiotomie Heller pentru achalazie cardioesofagiană). Deci, se recomandă **tratament chirurgical.** Intervenţia este simplă, rapidă şi eficace (înlătură hipertonia sfincterului intern ce duce la disfuncţia evacuatorie a segmentului anorectal inferior).

**ACTINOMICOZĂ** (cec, intestin, rect). Actinomicoza ileocecală sau pericecală mai este denumită şi peritiflită actinomicozică. Localizare foarte rară, ea se manifestă sub forma unei formaţiuni tumorale profunde, delimitată de o duritate lignoasă. Datorită aderenţelor se fixează în bazin. În faza de evoluţie finală această formaţiune fistulizează cutanat, avînd un aspect caracteristic. Diagnosticul se pune la examinarea microscopică a secreţiei fistulare.

**Tratamentul este chirurgical,** anume hemicolectomie dreaptă cu restabilirea tranzitului printr-o ileotransversostomie. În cazul fistulizărilor cutanate multiple este necesară axcizia acestor orificii fistuloase pînă în ţesut sănătos. Localizată la rect, actinomicoza dă fenomene de rectită cronică ; şi aici fistulizările sînt caracteristice şi se produc uneori la mare distanţă traversînd fosele ischiorectale.

**ADENOPATIE SATELITĂ.** Proces prin care un grup ganglionar sau un ganglion sînt interesaţi, fie inflamator, fie neoplazic.



Scanned with OKEN Scanner

Adenopatia este satelită (regională) pentru că este afectat grupul ganglionar spre care se dirijează drenajul limfatic al unui anumit teritoriu care prezintă leziunea primară. **Adenopatia satelită inflamatorie acută** se caracterizează prin ganglioni sau grup ganglionar măriți de volum, dureroși la palpare. Ganglionii pot adera unii la alții și pot adera la piele. Diagnosticul de adenită inflamatorie este mult favorizat de descoperirea leziunii primare : eroziune tegumentară, plagă suprainfectată etc. **Tratamentul** se adresează leziunii primare care trebuie aseptizată. Pentru adenopatia dureroasă folosim comprese reci, antibioterapie dirijată după antibiogramă. Se indică incizie și drenaj dacă adenita este supurată.

**Adenopatia satelită inflamatorie cronică** se întîlnește atît în infecțiile cronice nespecifice cît și în cele specifice (sifilis, tuberculoză). În acest caz ganglionii sînt măriți de volum, au consistența mai fermă, au o oarecare sensibilitate, dar au mobilitate păstrată și nu sînt aderenți de tegumente.

**Adenopatia satelită neoplazică** apare ca urmare a invaziei ganglionilor regionali cu celule neoplazice plecate din tumora primitivă (neoplasm mamar sau digestiv). Pentru cancerele profunde adenopatia nu poate fi văzută decît prin limfografie, fie cu lipiodol ultrafluid, fie printr-o limfografie izotopică. Ganglionii vizualizați limfografic sînt ganglioni neinvadați.

Descoperirea adenopatiei satelite neoplazice are o deosebită importanță pentru prognosticul și tratamentul bolnavului. Valoarea adenopatiei satelite (mărimea ganglionilor, confluența lor, aderența la tegumente) reprezintă, împreună cu tumora primară și cu metastazele la distanță, criterii de clasificare stadială pentru majoritatea localizărilor cancerului pe organe. Din acest punct de vedere, adenopatia este notată cu $N_0$, atunci cînd ea nu se poate decela clinic prin palpare ; cu $N_1$, cînd ganglionii sînt mici, duri, mobili, neaderenți de piele sau țesuturi, nedureroși ; cu $N_2$, cînd ganglionii sînt confluenți într-o masă ganglionară cu mobilitate relativă ; și cu $N_3$, o masă ganglionară fixă, aderentă la piele și țesuturile învecinate. Pentru stadiile $N_0$ și $N_1$ se mai poate adăuga simbolul + sau —, ceea ce înseamnă invazie microscopică existentă sau absentă. Astfel $N_1^-$ se traduce prin ganglion palpabil dar neinvadat, iar $N_0^+$ prin ganglion nepalpabil dar metastazat microscopic.

**Tratamentul** adenopatiei satelite neoplazice se face odată cu tratamentul chirurgical al tumorii primare, prin extirpare în bloc. Odată cu ganglionii se extirpă și țesutul celulogrăsos perigangliomar. Procedeul poartă numele de evidare ganglionară. Asupra unei adenopatii satelite de origine necunoscută se practică biopsie gan-

Scanned with OKEN Scanner

glionară pentru a se stabili cu precizie natura acesteia. În cazul unei tumori primitive, biopsia ganglionară se poate practica fie înaintea intervenției pentru tumora primitivă, în vederea stabilirii extensiei limfatice regionale a tumorii, fie intraoperator (biopsie extemporanee).

**AMPUTAȚIE DE RECT** (A.R.). Este intervenția adresată cancerul rectal și anal situat sub 7—8 cm de la orificiul anal. Se extirpă în bloc colonul sigmoid, rectul precum și aparatul anosfincterian (fig. 52). A.R. este asociată cu evidarea celulolimfoganglionară perirectosigmoidiană. În localizarea anală se asociază și evidarea ganglionară inghinală bilaterală dacă există adenopatie la acest nivel. A.R. se termină cu un anus iliac stîng definitiv. Existența definitivă a anusului îi atrage un caracter „mutilant" și face ca intervenția să nu fie acceptată de către unii bolnavi. Oferă însă, față de rezecție, o securitate oncologică mai bună, mai ales dacă este asociată cu limfadenectomia aorto-ileopelvină.

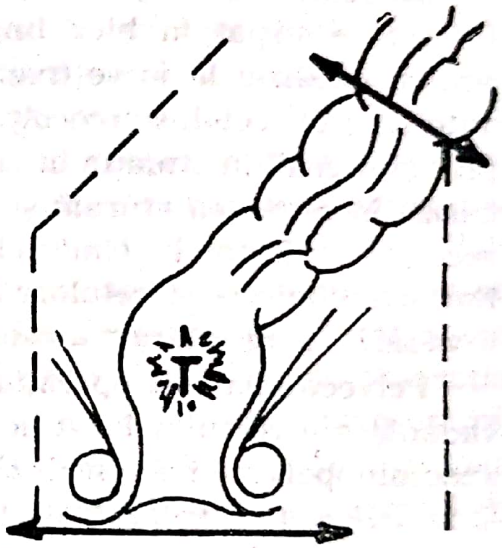


Fig. 52.

Preoperator se face o pregătire atentă a colonului prin clisme repetate (cu 48 ore înainte) la care se asociază regimul sărac în rezidii alimentare și, pentru ultimele 24 ore, neomicina și eritromicina ca antibiotice cu acțiune directă asupra florei microbiene intestinale.

Operația are doi timpi importanți :

1. **Timpul abdomenopelvin,** cînd se scheletizează ansa sigmoidiană și rectul pînă la nivelul m. ridicători anali, efectuîndu-se concomitent și evidarea ganglionară. Pentru a se putea face o evidare ganglionară cît mai înaltă, care să cuprindă la nevoie și toată aria aortomezenterică, se ligaturează vasele mezenterice inferioare. Mobilizarea rectului cuprinde secțiunea aripioarelor pelvine și a ligamentelor rectosacrate sau uterosacrate la femeie, pînă la nivelul ridicătorilor. Nivelul exerezei este situat la joncțiunea colon descendent-sigmoid. Capătul proximal se scoate sub formă de anus iliac stîng definitiv, putîndu-se alege fie varianta deschiderii secundare a anusului pe bont colic închis, fie o anastomoză mucocutanată ime-

diată. Capătul distal se lasă în pelvis urmînd a fi extirpat pe cale perineală. Pelvisul se peritonizează.

2. **Timpul perineal.** Se face în poziție ginecologică. Printr-o incizie circulară perianală se pătrunde în afara sfincterului extern în fosa iliacă pînă la m. ridicători care se secționează. Se extirpă în bloc colonul sigmoid, rectul mobilizat și anusul cu aparatul sfincterian. Cavitatea restantă se drenează, de preferat drenaj aspirativ Redon.

Amputațiile rectale lărgite sînt intervenții de excepție, indicate în situația unei extensii locale a tumorii la organele vecine, neexistînd metastaze la distanță.

La femeie distingem : a) rectocolpectomia posterioară, cînd rectul este extirpat în bloc împreună cu peretele vaginal posterior, pentru localizările joase (regiune anală) cînd tumora s-a extins spre anterior ; b) rectohistereocolpectomia posterioară, cînd se extirpă în plus și uterul, în situație în care cancerul rectal sau anorectal penetrează în regiunea crurală și uter pe fața anterioară ; c) rectohisterocolpectomia totală, cînd pelvectomia posterioară extinde evidarea limfoganglionară și celulogrăsoasă la zona parametrelor, datorită invadării „spre lateral" a cancerului.

Pelvectomia este operația de exereză pelvină pentru tumori invadante ale rectului la vezică (extensie locoregională). Amputației abdominopelvine i se asociază cistectomia, histerocolpectomia totală la femeie sau uretroprostatectomia la bărbat. Intervenția se termină prin ureterocolostomie sau ureterostomie cutanată.

La bărbat distingem rectoprostatectomia, adică amputație de rect + prostatectomie. Indicația este invadarea cancerului rectului în teaca rectală și în aponevroza prostatoperitoneală Dénonvilliers.

**ANITA.** Este un proces inflamator al zonei anale care survine cel mai adesea în cadrul unui proces mai întins de anorectită. În majoritatea cazurilor există o cauză venerianã. Anita cu streptobacili Ducrey se tratează prin antibiotice cu spectru larg. Anorectita gonococică se tratează cu antibiotice specifice, iar în situații complicate cu abcese și fistule perianale se indică tratament chirurgical. Sifilisul anorectal beneficiază de tratament specific antibiotic. În caz de stenoze cicatriciale anale sau rectale se indică secțiunea pe cale endoscopică. Limfogranulomatoza rectală realizează un proces de anorectită și perianorectită care după faza inflamatorie acută dezvoltă un proces inflamator cronic limfogranulomatos infiltrativ, stenozant. În stadiul de rectită acută congestivă și ulceroasă se aplică un tratament general cu antibiotice și local cu dezinfectante

Scanned with OKEN Scanner

(Dermatol) şi antiinflamatorii nespecifice (Cortizon). În stadiul de stenoză anorectală constituită se practică intervenţii de exereză ca rezecţia rectală abdominoendoanală cu coborîrea sigmoidului sau a colonului stîng. Actinomicoza anorectală necesită tratament medical în faza incipientă cu iodură de potasiu şi penicilină. Tratamentul chirurgical se indică în faza de fistulă şi constă în debridare şi rezecţie sau amputaţie de rect în fazele avansate, cu stenoze constituite.

**ANORECTITE.** Cuprinde ansamblul patologiei inflamatorii a colonului terminal. Frecvenţa anorectitelor este apreciabilă, ceea ce determină preocuparea deosebită a gastroenterologilor pentru acest domeniu. Din punct de vedere topografic se face distincţia între anite şi rectite, în realitate ele fiind inseparabile. Semiologic, însă, anitele sînt mai expresive datorită unei inervaţii mult mai bogate faţă de rect. Diagnosticul suferinţelor anorectale rezultă direct din modul corect de examinare al bolnavului. Sindromul clinic cunoscut (durere, tenesme, produse patologice) este prezent în faze deja avansate ale suferinţei. Trebuie să ne atragă atenţia semne mult mai precoce: jenă la defecaţie, modificarea orarului defecaţiei etc. La cea mai mică suspiciune se examinează regiunea prin inspecţie, palpaţie (tuşeu rectal), irigoscopie, examen coprologic macro- şi microscopic, rectoscopie. Anorectitele sînt foarte des secundare unor suferinţe din vecinătate. Se descriu numeroase forme. **Anorectitele inflamatorii specifice** sînt variate.

**Anorectita dizenterică** are un tratament care constă în rehidratarea bolnavului pentru restabilirea echilibrului hidroelectrolitic prin perfuzii cu ser fiziologic 1 500—2 000 ml/zi cu adăugare de KCl, vitamina C şi, eventual, 10—12 ml de ser clorurat hipertonic. În faza acută se aplică o dietă hidrică, urmată la două zile de un regim de cruţare ce se va administra în funcţie de starea clinică a bolnavului. Tratamentul etiologic recurge la Cloramfenicol 1,5 g/zi, Ampicilină 2 g/zi, tratament ce va fi urmat pînă la amendarea semnelor clinice şi pînă la obţinerea unor coproculturi negative pentru B. Shiga. Tratamentul patogenetic şi simptomatic foloseşte antispasmodice, anticolinergice, analgetice.

**Tuberculoza rectală** cu cele două forme clinice, ulceroasă sau hipertrofică, beneficiază de tratamentul cunoscut (vezi „tuberculoza intestinală").

**Sifilisul anorectal** poate fi observat în perioada primară (rar diagnosticat) 10% din cazuri, secundară şi terţiară. De obicei este surprins în faza secundară şi anamneza va reconstitui evoluţia. Tra-

Scanned with OKEN Scanner

tamentul afecțiunii impune tratamentul bolii de bază. Forma gomoasă evoluează de obicei stenozant în porțiunea inferioară a rectului și se complică cu abcese și fistule. În acest caz se recomandă un tratament chirurgical.

**Rectita blenoragică** este mai des întîlnită la femei și este produsă prin secrețiile vaginale ce se scurg pînă la nivelul anusului. Tratamentul este cel al gonococciei la care se adaugă un tratament local cu supozitoare conținînd sulfadiazină 1 g/supozitor și se administrează trei supozitoare pe zi, timp de șapte zile.

**Boala Nicolas-Favre** (limfogranulomatoză benignă veneriană) cu localizare rectală se caracterizează printr-o perirectită inflamatorie cu tendință uneori la stenoză. Tratamentul de elecție este tratamentul sulfamidic cu observația că trebuie aplicat un timp îndelungat (luni și chiar ani). Antibioticele (cloramfenicol, tetraciclină) sînt eficace, dar ele nu pot fi utilizate timp îndelungat.

**Anorectitele infecțioase nespecifice,** produse de cauze banale, se prezintă sub aspect de inflamație cataralâ, hemoragică, atrofică sau hipertrofică și chiar infiltrativ-stenozantă. Se impune examen bacteriologic, după care se aplică terapie locală antibiotică asociată cu corticoterapie, administrarea făcîndu-se în microclisme zilnice și apoi la patru-cinci zile, pentru evitarea recidivelor. În boala lui Crohn și în rectocolita ulcerohemoragică pot apare localizări rectale. Pentru tratament, vezi „boala lui Crohn" și „rectocolita ulcerohemoragică".

Anorectitele pot fi produse și de **paraziți** (lamblii, trichomonas, **oxiuni) sau fungi** (după tratament cu antibiotice). Pentru tratament, vezi „parazitoze intestinale".

**Anorectitele iatrogene** pot fi produse prin tratamente cu antibiotice, accident mai rar și o formă minoră a accidentelor digestive cu antibiotice, perturbările enzimatice afectînd mai rar acest organ cu funcții biochimice foarte reduse. Persistența florei rezistente duce la o inflamație și în restul colonului. Culturile evidențiază proteus, citobacter, stafilococ și candida, mai ales. Tratamentul general este în funcție de cultura microbiană. Tratamentul local constă în ungere cu gel cu xilocaină pentru calmarea pruritului perianal ; se mai practică infiltrația sfincteriană cu xilină (la 2 cm adîncime în dreptul comisurii posterioare, 5 cm din soluția de xilină).

**Anorectita de contact** este produsă după administrarea locală de pomezi (anită) sau după supozitoare, clisme (rectită). Tratamentul constă în suprimarea administrării pe cale rectală a acestor medicamente, în administrarea de gel de xilocaină și, dacă e cazul, în infiltrații sfincteriene de xilină.

Scanned with OKEN Scanner

**Anorectitele radioterapice** apar după aplicarea acestor procedee asupra rectului sau organelor învecinate și ceea ce este mai dezolant este faptul că frecvența lor este în creștere, nu totdeauna putînd fi încriminate erorile de dozaj sau de tehnică.

Există forme benigne, ele reprezentînd sechele funcționale care sînt controlabile terapeutic. Dar sînt și forme severe sau grave, forme ce reprezintă adevărate accidente. Frecvența de apariție este 6—7%. Leziunile interesează mucoasa, în cele benigne sau și vasele (endarterite, flebite obliterante) în cele severe care evoluează cu eliminări de secreții, sfacele fetide, ulcere, scleroze și stenoze, cînd pot apare fistule rectovaginale. Manifestările rectale au un efect dezolant asupra stării generale a bolnavului și asupra psihicului.

Tratamentul medical aduce ameliorări în cele benigne, însă în cele severe este ineficient. Tratamentul medical este simptomatic și se bazează pe administrarea antispasmodicelor și antalgicelor cît și a clismelor cu derivați cortizonici și sulfamidici. În formele cu sfacele, fistule sau stenoze se aplică tratament chirurgical, starea mucoasei și a pereților rectului impunînd deseori efectuarea unui anus iliac stîng.

**ATREZIE ANORECTALĂ.** Reprezintă un grad avansat de anomalie anorectală, constînd într-o lipsă a orificiului anal asociată cu absența totală a canalului anal și parțială a segmentului rectal ampular subperitoneal (gradul III) sau, mai mult, cu absența totală a rectului intra- și subperitoneal (atrezie anorectală completă, gradul IV). Pot coexista și alte anomalii, precum deschiderea rectului într-un organ vecin (uretră, vezică, vagin, vulvă).

**Tratamentul este chirurgical** și încă de urgență la noul-născut care nu a eliminat meconiul. În atreziile anorectale cu fund de sac subperitoneal se pătrunde printr-o incizie perineală în spațiul pelvisubperitoneal, se izolează ampula rectală și se mobilizează și se coboară transanal după incizia tegumentelor, fixîndu-se la piele. Atrezia anorectală completă se operează în trei timpi : 1. anus contra naturii pe transvers (combate ocluzia) ; 2. după trei — cinci ani: coborîre rectosigmoidiană trans-sfincteriană ; 3. închiderea anusului contra naturii.

**CEC MOBIL.** Mobilitatea anormală a cecului este explicată fie printr-un defect de acolare la peritoneul parietal posterior, fie prin existența unui mezou cecocolic. Un astfel de cec prezintă deplasări anormale. El poate bascula în jurul unui ax transversal și să ajungă sub ficat sau se poate rota în jurul unui ax longitudinal vertical, în

Scanned with OKEN Scanner

oricare din sensuri, determinînd o volvulare a sa (complicaţie gravă). Rotaţia poate fi de 360° sau mai mult, iar ileonul terminal se adună pe suprafaţa cecului „ca şi aţa pe un ghem". Cecul astfel volvulat se destinde, volumul său putînd depăşi pe cel al stomacului. În final, necroza parietală duce la perforarea organului.

**Intervenţia chirurgicală** este obligatorie. Dacă nu s-au instalat leziuni ireversibile, atunci se procedează la detorsionarea cecului urmată de cecopexie (vezi „cecopexie"). Hemicolectomia dreaptă este indicată în caz de leziuni parietale ireversibile ; continuitatea tranzitului se realizează prin ileotransversostomie. Dacă se practică doar o rezecţie a cecului, atunci restabilirea continuităţii se face prin reimplantarea ileonului terminal în colonul ascendent (anastomoză terminolaterală).

**CECOPEXIE.** Este o colopexie limitată la zona cecului, pentru mobilitate anormală a acestuia. Indicaţia este volvulusul de cec sau iminenţa de volvulus. Calea de abord este fosa iliacă dreaptă (cînd se intervine pentru o apendicită) sau laparotomia mediană subombilicală în caz de volvulus de cec. Tehnica este asemănătoare cu a colopexiei în general.

**CECOPTOZA.** Poziţie anormală a cecului, care se află situat în micul bazin fie din cauza mobilităţii lui (vezi „cec mobil"), fie în cadrul unei ptoze viscerale generalizate. Consecinţele cecoptozei sînt de obicei, minime : stază cecală, contractarea unor aderenţe anormale cu organele pelvine. Cea mai importantă consecinţă este legată de sediul anormal al proecţiei dureroase în cazul unor procese inflamatorii apendiculare, ducînd la dificultăţi de diagnostic diferenţial, mai ales la femeie (afecţiuni anexiale).

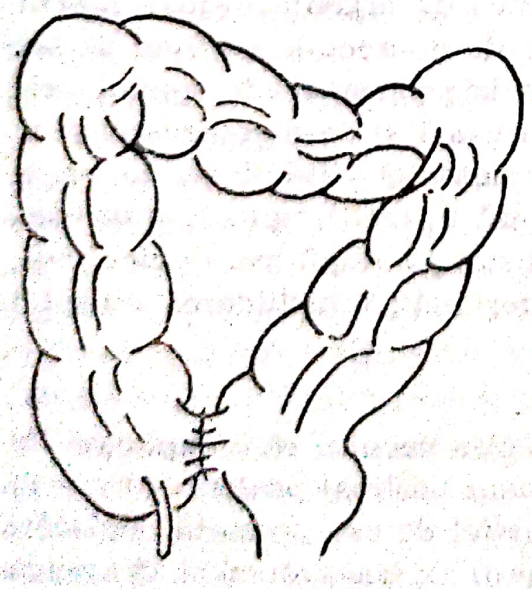


Fig. 53.

**CECOSIGMOIDOSTOMIE.** Este o modalitate de derivaţie internă (de coloexcludere) pentru întreg cadrul colic. Este indicată pentru tumori ale colonului localizate pe orice porţiune situată între cec şi sigmoid, inextirpabile temporar sau definitiv. Fiind o anastomoză declivă, are o funcţionalitate satisfăcătoare. Cecosig-

Scanned with OKEN Scanner

moidostomia trebuie însoțită de apendicectomie complementară, pentru că se pot dezvolta procese inflamatorii apendiculare postoperatorii (fig. 53).

**CECOSTOMIE** (tiflostomie, anus lateral drept). Este o intervenție chirurgicală ce realizează fistulizarea la exterior a intestinului gros la nivelul cecului. Eficacitatea ei, în ceea ce privește derivația tranzitului intestinal, este inferioară anusului pe colonul transvers sau iliac stîng. Totuși, ea reprezintă o posibilitate de golire parțială a colonului de gaze și materii și folosește la protejarea suturilor supraiacente. În plus, mai are avantajul că se poate închide spontan.

Cecostomia poate fi executată de maniera unei „fistule cecale", gest complementar al unei exereze colice stîngi sau de colon transvers sau sub forma unui „anus cecal", în care caz cecul este mai larg exteriorizat și fixat la perete. Ultima variantă poate fi un gest eficace în cursul unei ocluzii de colon drept, la un bolnav cu o stare generală gravă, unde nu se poate efectua nici exereză colică și nici derivație ileotransversă.

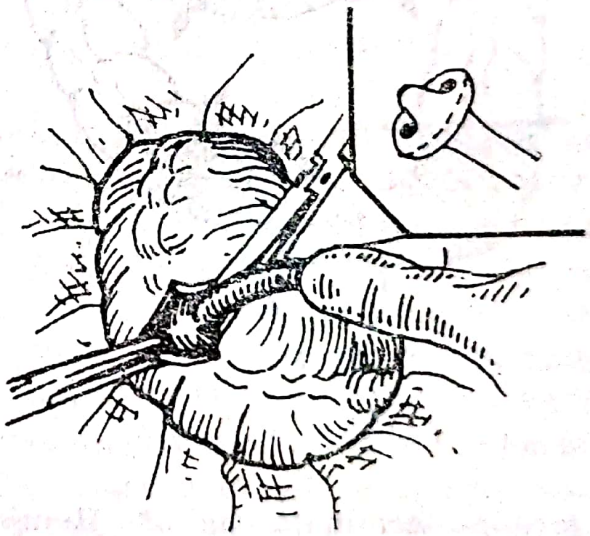


Fig. 54.

În cazul „fistulei cecale" se introduce o sondă Pezzer dublu înfundată în peretele cecal. Cecul este fixat în mod etanș la peritoneul parietal anterior. Sonda se racordează la un recipient colector (fig. 54). În cazul „anusului cecal", cecul este parțial exteriorizat și fixat la piele. Deschiderea lui se face, de obicei, după 48 de ore, timp necesar pentru constituirea unor aderențe parietointestinale suficiente pentru a forma un baraj eficace. Deschiderea se poate face și imediat, prin sutura mucoasei la piele (anus mucocutanat).

**COLECTOMIE.** Intervenție prin care se îndepărtează un segment de intindere variabilă din cadrul colic.

Colectomia este denumită **segmentară** atunci cînd se rezecă o porțiune limitată, de obicei dintr-o zonă mobilă a cadrului colic

(transvers, sigmoid). Restabilirea continuității digestive se face prin anastomoză colocolică termino-terminală (fig. 55).

**Colectomia lărgită** la întreg colonul ascendent sau descendent poartă numele de hemicolectomie dreaptă sau stîngă. **Hemicolectomia dreaptă** extirpă cecul, colonul ascendent, unghiul hepatic, jumătatea dreaptă a colonului transvers și ultimii 10—15 cm din ileonul terminal. Dacă este efectuată pentru tumori neoplazice, odată cu colonul drept trebuie extirpați și ganglionii conținuți în mezocolon de-a lungul vaselor, pe o arie ce se întinde pînă la marginea dreaptă a arterei mezenterice superioare. Restabilirea continuității digestive se face printr-o anastomoză ileotransversă, de preferat

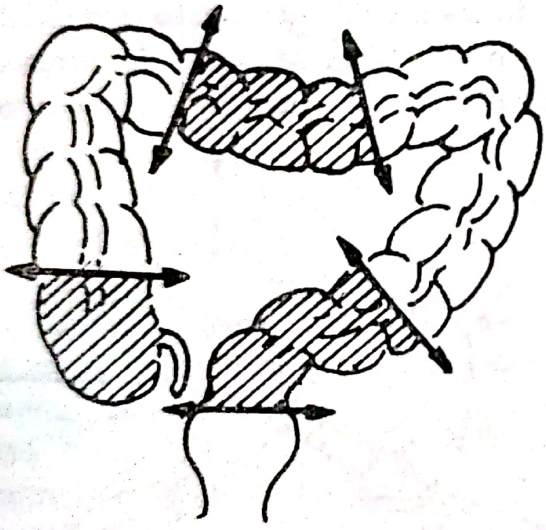


Fig. 55.

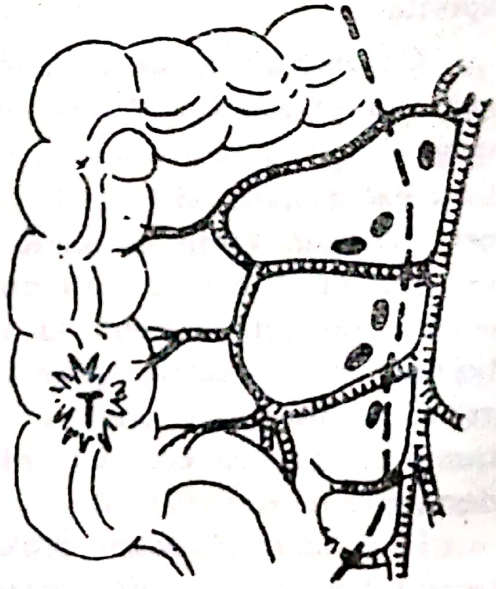



Fig. 56.

termino-terminală (fig. 56). **Hemicolectomia stîngă** este o intervenție de exereză colică pentru jumătatea stîngă a colonului transvers, unghiul splenic, colonul descendent și cel sigmoid, împreună cu joncțiunea rectosigmoidiană, deci tot ceea ce aparține teritoriului arterei mezenterice inferioare. Continuitatea colică este restabilită printr-o transversosigmoidostomie sau transversorectostomie termino-terminală (fig. 57).

Extinderea peste aceste limite, în oricare sens (cranial sau caudal), a hemicolectomiilor este o operație lărgită. Dacă împreună cu colonul se extirpă (din necesitate) și un organ de vecinătate, operația este complexă. **Colectomia subtotală** include colonul ascendent, transvers și descendent și se termină printr-o anastomoză cecosigmoidiană sau ileosigmoidiană. **Colectomia totală** este o exereză în totalitate a colonului. Colectomia începe totdeauna cu ultimii

10—15 cm de ileon terminal și se poate termina în mod variabil, la nivelul ampulei rectale (colectomie totală), la nivelul canalului anal (rectocolectomie cu anastomoză ileoanală) sau se poate extirpa și anusul (coloproctectomie totală) cu anus pe ileonul terminal (fig. 58).

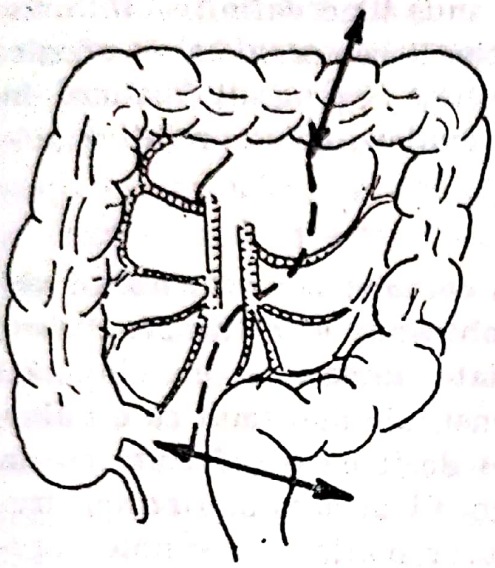


Fig. 57.

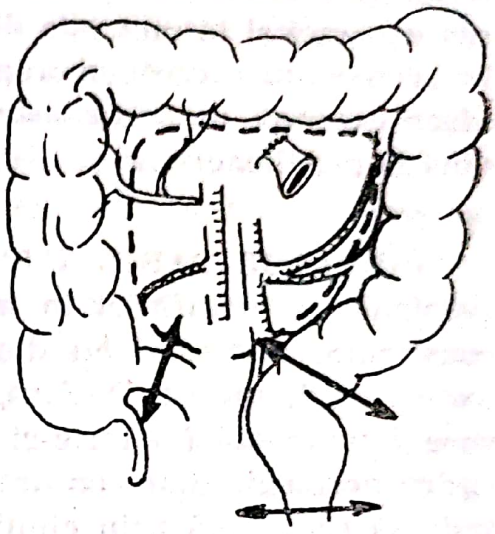


Fig. 58.

**COLITĂ ISCHEMICĂ.** Afecțiune descrisă în 1963, este definită printr-un ansamblu de semne clinice, radiologice și anatomopatologice ; nici un semn nu este sigur, dar ansamblul lor este evocator. Apare după vîrsta de 50 ani și se manifestă prin dureri abdominale, uneori diarei și hemoragii, la care examenul radiologic descrie aspect ulcerativ și exsudativ al colonului. Survine în ocluziile parțiale ale arterelor mezenterice, în anemii, în intervenții pe artera aortă sau pe arterele mezenterice, în boala Crohn sau în rectocolita hemoragică. În 80% este localizată după unghiul splenic, aici fiind zona cea mai periferică a teritoriilor irigate de cele două artere mezenterice. Pentru tratament vezi „sindroame vasculare abdominale".

**COLITĂ ULCEROASĂ ȘI HEMORAGICĂ.** Boală a întregului cadru colic, cuprinzînd de multe ori și rectul, este caracterizat (în primele ei faze de evoluție) prin prezența unor ulcerații și hemoragii pe toată suprafața colică. Într-o fază mai înaintată (evoluția fiind progresivă) intestinul se transformă într-un tub rigid, retractat, cu o suprafață ulcerată, purulentă și granulată (polipi granulomatoși). Procesul inflamator cuprinde și mezourile, determinînd o mezenterită retractilă.

Primele stadii beneficiază de **tratament medical** (Salazopirină) și terapie imunosupresoare ; într-un stadiu mai înaintat al bolii, pre-

cum și la apariția complicațiilor evolutive (perforație, abcese pericolice, rectoragii masive, stenoze sau mai ales cancer) este indicat **tratamentul chirurgical.**

Pentru rectocolita difuză ulcerohemoragică se practică rectocolectomia totală (vezi „colectomie"), cu anus iliac definitiv. Întinderea exerezei și la rect este dictată de riscul hemoragic și oncologic. În rectocolita ulcerohemoragică cu polipi degenerați malign, în afara exerezei de organ este necesară evidare celulolimfatică pelvină și periilioaortică.

**COLON IRITABIL** (C.I.). Sindrom caracterizat prin dureri abdominale și modificări în tranzitul intestinal (constipație, diaree, constipație alternînd cu diaree) asociate, uneori, și cu eliminări exagerate de mucus. De fapt, C.I. se constituie mai mult ca o tulburare funcțională (motorie și secretorie) decît ca o suferință cu un cadru nosologic bine conturat. La diagnosticul acestui sindrom trebuie să se ajungă prin eliminarea tuturor bolilor intestinale organice cu un tablou clinic asemănător (cancer, diverticuloză, polipoză, deficite enzimatice).

Din punct de vedere terapeutic este important de menționat că sindromul apare mai frecvent la indivizi cu tulburări neurovegetative, cu un psihic traumatizat, uneori din copilărie, cu conflicte familiale și profesionale care mențin o stare de anxietate și de depresiune accentuată. Pe lîngă aceasta, anamneza mai poate evidenția și intervenția factorului alimentar : cafeaua și, în general, alimentele cu un conținut ridicat în celuloză. Utilizarea excesivă de clisme și purgative în constipația habituală poate să ducă la apariția C.I. care, de fapt, nu constituie altceva decît stadiul decompensat al acesteia („colonul iritat"). Sindromul mai poate să însoțească unele tulburări endocrine (hipertiroidism, hipoparatiroidism, disfuncții ovariene) precum și afecțiuni abdominale extradigestive (metroanexite, tumori genitale, afecțiuni renale etc.).

**Tratamentul profilactic** vizează tocmai combaterea acestor factori implicați în apariția C.I., evidențiindu-se, în mod special, rolul alimentației neigienice, al abuzului de laxative — purgative, ca și al stress-urilor.

**Tratamentul curativ** dă rezultate care depind, în primul rînd, de felul cum medicul cîștigă încrederea și colaborarea bolnavului. El va insista asupra caracterului funcțional al tulburărilor încercînd, atunci cînd există receptivitate, să discute chiar unele aspecte de fiziologie a colonului. De altfel, bolnavul se va convinge singur

Scanned with OKEN Scanner

că, de cele mai multe ori, dieta și/sau simpla schimbare de mediu au o influență favorabilă asupra suferinței.

1. **Măsuri dietetice.** Constipația se va combate printr-o dietă relativ normală din care, însă, se vor exclude alimentele ce conțin celuloză dură (fasolea, mazărea, lintea, bobul, guliile, varza etc.) care ar avea un efect traumatizant asupra peretelui intestinal și așa hiperreactiv. În plus, există autori care recomandă ingestia de lichide în cantitate mare după un program bine stabilit. Se începe, dimineața, cu un pahar de apă călduță amestecat în părți egale cu suc de fructe, după care bolnavul va mai consuma încă 11 pahare de apă, dintre care trei sau patru vor fi servite, de asemenea, călduțe. Pentru obținerea unor rezultate eficace această schemă de tratament se va aplica cel puțin trei—patru luni. Între mesele obișnuite bolnavul va mai putea servi o cantitate suficientă de fructe și legume proaspete, pregătite prin fierbere. În diareea cronică, principiul dietetic de bază constă în interzicerea tuturor fructelor și legumelor crude sau fierte, pînă cînd scaunul se normalizează. În acest moment se poate încerca, după toleranță, introducerea de fructe sub forma de compot la care, ulterior, se pot asocia și legumele fierte. Consumarea în stare crudă a acestora va fi reluată după cîteva luni, în mod gradat. În general, bolnavii cu diaree au mai multe intoleranțe alimentare decît cei cu constipație, de aceea, chiar și atunci cînd tranzitul intestinal este controlabil, vor evita din dietă tot ceea ce le declanșează suferința. În plus, în caz de diaree se va interzice alcoolul, cel puțin în primele luni de tratament (constipații îl tolerează mai bine), condimentele iritante și cafeaua.

2. **Tratamentul medicamentos.** Uneori, alături de măsurile dietetice amintite se mai pot prescrie și unele preparate medicamentoase care intervin în normalizarea tranzitului intestinal. Astfel, în diaree chinetica intestinală poate fi influențată prin următoarele grupe de substanțe : codeină, 15 mg de 3—4 ori/24 de ore ; ulterior, este suficentă numai o singură doză de 15 mg dimineața ; nu produce obișnuință ; se poate asocia cu săruri de bismut sau carbonat de calciu pentru combaterea putrefacției sau fermentației ; novocaină sau xilină 1%, 3 linguriță înainte de mesele principale ; diphenoxylatul hidrocloric 2,5—5 mg de 3—4 ori/24 ore ; se poate asocia cu codeina ; anticolinergicele se pot administra per os sau, la nevoie, i.m. și i.v. : atropină, Scobutil, Lizadon, Bergonal, Bergofen, Fobenal, anticolinergice de sinteză (Probantin, Neopepulsan

etc.). Această medicație este utilă și în combaterea durerilor care, uneori, pot avea alură colicativă.

În constipație, în general, laxativele și purgativele sînt proscrise. Se pot permite în caz de necesitate, dar tranzitoriu, următoarele mijloace terapeutice : clisme joase cu apă (300—500 ml) la care se adaugă o lingură de sare ; supozitoare cu glicerină (dimineața, eventual și seara) ; oleu de parafină 1—2 linguri seara la culcare ; preparate hidrofile (Galcorin, Normacol, Coreină). În plus, în constipație spastică, dureroasă, se mai poate administra și o medicație antispastică — anticolinergică.

Paralel cu măsurile terapeutice amintite pînă acum, medicul trebuie să fie preocupat și de corectarea tuturor tulburărilor neuropsihice și vegetative, la nevoie apelînd și la specialist pentru a aplica o terapie cît mai diferențiată. La bolnavii psihastenici, depresivi, se va administra o medicație cu stimulente centrale și antidepresive : Antideprim drajeuri de 25 mg 3/24 de ore ; Centedrin 10—30 mg/24 de ore ; Meclofenoxat comprimate 100 mg 3—6/24 ore ; Hematodin fiole 2 ml, 4 mg ; Glutarom fiole de 1 g sau drajeuri de 4 mg, 3—6 drajeuri/24 ore ; Folcisteină fiole, 1 la 2 zile ; Lecitină soluție sau pulbere, 3 linguriță/24 de ore. În stările de anxietate cu agitație psihomotorie, insomnie și tulburări vegetative se prescriu următoarele : hipnotice și sedative psihomotorii — vegetative, barbiturice (Dormital comprimate 100 mg, Ciclobarbital comprimate 200 mg, Fenobarbital comprimate 100 mg) ; Nitrazepam comprimate 2,5 mg ; Bromoval comprimate 300 mg, 1—3/24 de ore ; Extraveral comprimate 1—2 de 3 ori/24 de ore ; Nevrocalm și Pasinal 3—4 linguri/24 de ore ; Bergonal drajeuri 1—3/24 de ore ; neuroleptice și tranchilizante : Tioridazin drajeuri 5 mg sau 50 mg, 25—50 mg/24 ore; Meprobamat comprimate 400 mg, 1—3/24 ore ; Hidroxizin comprimate 25 mg, 1—3/24 ore ; Napoton drajeuri 5 mg sau 10 mg, 5—40 mg/24 ore ; Diazepam comprimate 2 sau 10 mg, 4—40 mg/24 ore.

3. **Tratamentul hidromineral și fizical.** În C.I. unde constipația domină tabloul clinic se recomandă cure hidrominerale la Slănic Moldova, Vîlcele, Borsec, Zizin, Sîngeorz, Olănești, Covasna, Călimănești. În plus, tot în această formă clinică se mai poate prescrie o serie de proceduri fizicale : băi calde generale prelungite, căldură pe abdomen, ultrascurte, infraroșii. Se va atenționa bolnavul asupra necesității combaterii sedentarismului (mai ales la cei cu profesiuni fără solicitare fizică) prin plimbări, exerciții fizice, gimnastică și masaj abdominal.

Scanned with OKEN Scanner

**COLOPEXIE.** Intervenţie chirurgicală prin care colonul mobil este fixat la peretele abdominal posterior. Colopexia este folosită ca act complementar de fixare a colonului după devolvulare, mai ales pentru sigmă.

Colopexia dreaptă poate fi limitată la cec (vezi „cecopexie") sau se poate întinde pe toată lungimea, pînă la unghiul drept. În acest ultim caz, colopexia dreaptă asecendentă constă în sutura prin cîteva puncte etajate a seroasei intestinale a feţei laterale la psoas şi la pătratul lombelor, fixîndu-se colonul în spaţiul parietocolic respectiv. Colopexia stîngă fixează ansa sigmoidă în mod asemănător şi împiedică volvulusul iterativ al acestei porţiuni.

**COLORAFIE.** Este un act chirurgical ce constă în sutura colonului deschis fie din cauze patologice, fie din cauze accidentale (traumatism abdominal, endoscopie, corp străin etc.). Colorafiile efectuate după diferitele colotomii chirurgicale (exereză, anastomoză) se studiază în cadrul suturilor intestinale. **În cazul plăgilor accidentale** colorafia comportă, mai întîi, o explorare minuţioasă a cavităţii peritoneale pentru a descoperi toate plăgile existente. Pentru aceasta este necesară o toaletă riguroasă a cavităţii peritoneale ce conţine sînge şi materii fecale în cantitate abundentă. Apoi, plăgile unice şi mici se suturează într-un plan, eventual sutura se poate infunda într-un al doilea plan, în bursă. Plăgile anfractuoase, largi necesită excizia marginilor pentru a le transforma în plăgi regulate ce se vor sutura transversal. Plăgile multiple etajate este mai bine să fie tratate prin rezecţie segmentară. Plăgile posterioare retroperitoneale (pentru colonul ascendent şi descendent) necesită decolare coloparietală pentru evidenţierea leziunii, apoi colorafie şi drenaj retroperitoneal (retrocolic).

Dezunirea unei colorafii duce la fistulă colică sau peritonită secundară.

**În cazul perforaţiilor patologice ale colonului** (diastatice, ulcer colic, diverticulită, sigmoidită) pereţii colici sînt aproape totdeauna modificaţi patologic la nivelul perforaţiei. Aceste leziuni parietale fac colotomia nesigură şi obligă la realizarea unei colectomii segmentare. În situaţia în care se practică, totuşi, colorafia este necesară protecţia suturii printr-un anus proximal de sutură.

**COLOSTOMIE** (anus contra naturii). Este un procedeu chirurgical de derivaţie la exterior a materiilor fecale. Este, deci, un anus artificial destinat a evacua tranzitul colic în situaţiile cînd calea anorectală normală nu mai poate fi utilizată temporar sau definitiv. Colostomia are indicaţii bine stabilite şi anume : ocluzii acute

Scanned with OKEN Scanner

sau subacute prin obstacol neoplazic, în care derivarea materiilor se face în amonte de obstacol ; protejarea unei suturi colice sau rectale ; scoaterea din circuit a unei fistule stercorale pentru a se putea realiza cicatrizarea spontană a traectului fistulos.

În funcţie de situaţiile şi cauzele pentru care este practicat, anusul contra naturii este definitiv sau temporar şi în acest din urmă caz nu este obligatoriu ca derivarea tranzitului colic să fie totală.

În ceea ce priveşte sediul, colostomia poate fi practicată, după necesitate, în fosa iliacă dreaptă sub formă de cecostomie, în fosa iliacă stîngă ca anus iliac sigmoidian sau pe transvers. Pentru prima localizare, vezi „cecostomie". **Anus iliac sigmoidian lateral** este modalitatea cea mai frecvent utilizată ; fiind anusul contra naturii cel mai distal, materiile exteriorizate nu mai sînt lichide şi inconvenientul derivaţiei este mai mic (fig. 59). Incizia este aceeaşi ca şi pentru cecostomie, dar în stînga. După deschiderea peritoneului se pune în evidenţă bucla sigmoidiană pe care se va realiza colostomia. Aceasta poate fi efectuată în mai multe maniere : colostomie cu derivare laterală, permiţînd o golire aproape totală a intestinului la acest nivel sau **colostomie** sub forma anusului terminal, destinat unei derivaţii definitive şi totale a tranzitului intestinal. Fixarea intestinului la perete este necesară, în continuare, atît pentru a evita prolapsul anusului cît şi pentru a împiedica retraţia lui în cavitatea peritoneală.

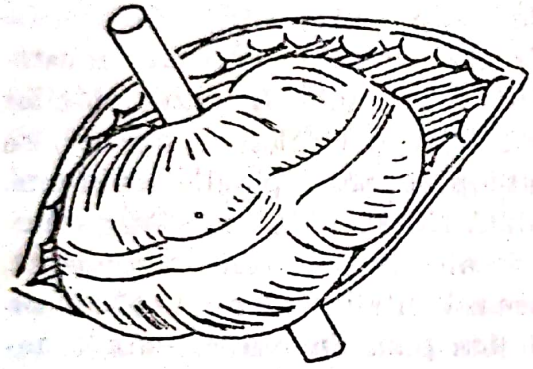


Fig. 59.

Deschiderea anusului lateral se poate practica fie imediat (în cazul ocluziilor cu stare generală gravă, pentru a deriva cît mai repede materiile şi gazele la exterior), cu ajutorul unei sonde Pezzer, fie deschiderea se poate amîna pînă la 48 de ore de la intervenţie.

**Anusul iliac sigmoidian terminal** realizează o derivare definitivă a tranzitului intestinal. El se poate realiza în mai multe modalităţi : anus terminal cu bont unic ; anus terminal în ţeavă de puşcă şi anus terminal cu punte cutanată la cele două extremităţi. Anusul terminal cu bont unic reprezintă modalitatea de restabilire a tranzitului după amputaţiile de rect. În situaţia în care segmentul colic

eferent nu a putut fi extirpat se poate practica un anus în „țeavă de pușcă" sau un anus cu punte cutanată la cele două extremități. În toate cele trei variante descrise deschiderea anusului se poate face imediat sau la 48 de ore.

**Anusul transvers** este un anus temporar, practicat fie pe dreapta, fie pe stînga colonului transvers. Exteriorizarea ansei, fixarea și deschiderea colonului se fac la fel ca la anusul sigmoidian.

Trebuie știut că orice colostomie poate antrena o serie de complicații dintre care amintim : stenoza secundară a anusului, retracția și prolapsul anusului.

**CONSTIPAȚIE CRONICĂ** (constipația boală). Constipația „funcțională" cronică sau constipația habituală este o tulburare fără o cauză organică (constipația boală), caracterizată prin emisiune întîrziată de materii fecale deshidratate, puțin abundente, datorită hiperdigestiei și consecință a tranzitului intestinal încetinit sau insuficienței de evacuare din porțiunea sigmoidorectală (constipația terminală, dischezia rectală). Sub forma discheziei rectale, ea este „boala civilizației, boala secolului". Constipația „funcțională" tranzitorie (accidentală) poate surveni legată de schimbarea felului de viață, a regimului alimentar, a uzului de substanțe constipante (bismut, bariu, fier etc.) sau în cursul diferitelor boli febrile, stări de deshidratare, la cardiacii decompensați, în afecțiuni genitale (anexite, retroversie și retroflexie uterină) și digestive (ulcer în puseu de activitate, leziuni anale și perianale), situații care odată rezolvate duc și la dispariția constipației. Ne vom ocupa, deci, doar de constipația habituală, boală primitivă, tulburare pur funcțională.

Pentru a institui un tratament etiopatogenetic este de reamintit faptul că, în mod normal, progresiunea bolului fecal în intestin este legată de o serie de factori : un conținut adecvat, asigurat de felul de alimentație (ca volum, proprietăți fizico-chimice) și o funcție motorie corespunzătoare, iar defecația se realizează printr-o serie de mecanisme neuromusculare, perfect sincronizate, semiautomate și semiconștiente. Actul defecației are mai mulți timpi. Primul este un act involuntar, declanșat de incitațiile peristaltogene (ridicarea din pat dimineața la sculare, micul dejun etc.) ce pun în mișcare bolul fecal din sigmoid spre rectul inferior („ca un piston în seringă"), ducînd la creșterea presiunii intrarectale și apariția senzației de exonerație. Ca urmare a acesteia, în timpul al doilea se pune în tensiune (voluntar) peretele abdominal și se contractă mușchii ridicători, se relaxează sfincterul anal și se evacuează, în timpul al treilea, conținutul ampulei rectale, ampulă care trebuie

reținut că are rol doar de canal de trecere și nu de rezervor. Din această sumară prezentare reiese că sindromul de constipație, funcțională chiar, se poate realiza prin mecanisme variate : unele care realizează întîrzierea în tranzit, altele prin tulburări ale actului de defecație, favorizate de condiții de viață (alimentație, tip de muncă, condiții de igienă) și de factori constituționali (predispoziție, teren neuroendocrin, insuficiența musculaturii, hipoexcitabilitatea plexurilor nervoase intramurale etc.) asupra cărora trebuie acționat.

Pentru **profilaxia** constipației se indică o alimentație echilibrată în compoziție și cu reziduuri suficiente (pîine integrală, zarzavaturi și fructe), cu mese fracționate, la intervale constante (cinci—șase pe zi), evitîndu-se alimentația unilaterală (hipercarnată, brînzeturile, pîinea albă, conservele etc.) și constipantă (cacao, ciocolată, cafea, orez etc.). De mare importanță este satisfacerea (și educarea) senzației de defecare, pentru a „nu se toci" aceste reflex, ceea ce impune rezervarea unui timp suficient ca durată pentru acest act, care de obicei să fie dimineața înainte de plecare în activitate, asigurînd în același timp și condițiile de igienă necesară (ale W.C.-ului). Aceeași importanță trebuie acordată menținerii tonusului musculaturii abdominale prin evitarea sedentarismului, educație fizică, gimnastică respiratorie etc.

**Tratamentul curativ** se aplică în funcție de forma clinico-radiologică predominantă și tinde, în constipația compensată (constipația simplă), să obțină realizarea scaunului prin mijloace terapeutice naturale. Constipația neglijată, decompensată (constipația boală propriu-zisă) impune și măsuri care se adresează complicațiilor asociate (colitei-colon iritat, sindromului enterorenal sau enterobiliar, ulcerațiilor anale, hemoroizilor etc.). Măsurile ce se aplică sînt etiopatogenetice și simptomatice.

În orice constipație tratamentul îl începem cu **psihoterapia,** lămurind bolnavul asupra importanței respectării orei fixe cu satisfacerea senzației de defecare, punînd accent pe reeducarea și condiționarea acestui reflex, reflex ce poate fi întărit prin unele măsuri simple : o scurtă plimbare după scularea din pat, consumul unui pahar cu apă rece simplă sau cu una pînă la două linguriță de miere, două—trei mere, fumatul unei țigări etc.

**Regimul alimentar** constituie baza tratamentului. El va fi bogat în reziduuri celulozice (balast), căci „un intestin ca să evacueze trebuie bine umplut" (J. Trémolières), în soluții zaharate concentrate, grăsimi și lichide (să se asigure o diureză de cel puțin 1 1/2 litri/24 ore) care toate sînt favorizante ale peristalticii intestinale prin mecanisme variate (mecanic, mărire de volum prin îm-

Scanned with OKEN Scanner

bibare, producție de acizi organici și gaze etc.) și deci favorizează progresiunea conținutului intestinal spre segmentul sigmoidorectal unde declanșează mecanismele defecării. Va fi compus din crudități, legume și fructe, sucuri de fructe și compoturi, marmeladă, miere și lapte, iaurt, pîine integrală (la nevoie de graham), fulgi de ovăz etc. Se restrîng carnea, brînzeturile, fructele bogate în tanin (afîne, gutui, cireșe negre, mure etc.), orezul, cafeaua, ciocolata și conservele.

În constipația compensată și atonă rezultate bune se pot obține administrînd înaintea meselor principale (prînz și cină), care sînt formate din alimentele comune, cîte o rație (jumătate farfurioară) din următoarea salată compusă din legume crude, tocate sau rase (morcovi, pătrunjel, varză, roșii, ardei, ridichi, măsline etc.), pregătită cu zeamă de lămîie (oțet) și puțin ulei vegetal sau/și maioneză. La același efect se poate ajunge consumînd fructe uscate (prune, caise, smochine) sau administrînd înaintea micului dejun sau și seara la culcare o macerație de fulgi de ovăz sau semințe de in lăsate în prealabil să se înmoaie în puțină apă pe timp de 12 ore.

În constipația dreaptă și spastică regimul alimentar va fi cu reziduuri mai puține și mai puțin iritante (dovlecei, morcovi tineri), administrat mai ales sub formă de piureuri. Ca adjuvante pot fi indicate uleiurile vegetale ce sînt colecistochinetice și minerale, uleiul de parafină, seara înainte de culcare și dimineața în zori de zi, dacă este nevoie, cîte una—două linguri cu scop de lubrefiere a intestinului (ele se pot da în asociație cu mucilage : Laxarol, Normacol, Galcorin). Pentru a crește conținutul intestinal sînt indicate mucilagiile de agar-agar (Galcorin „CIF", Coreină), administrîndu-se 1—2 pe zi, cîte 1—2 linguriță, în puțină apă, înaintea meselor ; ele au și acțiune adsorbantă și de protecție a mucoasei digestive. Se alternează, de obicei, cu macerația de fulgi de ovăz sau in.

În caz că nu obținem un rezultat evident, putem uza, pentru a activa peristaltismul, de laxative ușoare (numai ! !), lactoză, magnezie calcinată în părți egale, administrîndu-le dimineața pe nemîncate, cîte o jumătate sau o linguriță și eventual cu repetare în cursul zilei, după nevoie.

În caz de dureri (colici) se indică papaverină și mai puțin atropină și beladonă, codeină (opiaceele), iar cînd este prezentă exudația (colon iritat), carbonatul sau subnitratul de bismut.

În constipația atonă își mai găsesc indicație vitamina $B_1$ forte, clorura de potasiu, 3×1 g (în formă de pulbere) înaintea meselor

principale. În formele rezistente se poate recurge la extracte de retrohipofiză, prostigmină (Miostin „CIF").

În constipația terminală (dischezia rectală) accentul se pune, în mod deosebit, pe reeducarea și recondiționarea reflexului de defecare (ieșire la oră fixă, psihoterapie etc.) și se recurge pentru cîteva zile la clisme mici cu ulei vegetal sau la supozitoare cu glicerină ; la vîrstnici este necesară evacuarea mecanică, digitală, a conținutului ampulei rectale. Dacă nu se obțin rezultate se indică, pentru cîteva zile, doze mici de purgative cu acțiune blîndă : sulfatul de sodiu, fenolftaleina, derivate antrachinonice sau de bilă etc. (Carbocif, Cortelax, Laxatin, Purgofen, Sintolax, Colebil etc.). Se corectează și eventualele tulburări endocrine (hipotiroidismul, hiperfoliculia prin extractele de tiroidă, respectiv testicol) și se tratează leziunile anale (anita, fisura), metroanexiale, hemoroidale etc. frecvente în această formă de constipație. Un loc la fel de important îl ocupă măsurile ce au scop tonificarea musculaturii abdominale : gimnastica abdominală, masajele, fizioterapia (cu efecte mai incerte), ca și rezolvarea chirurgicală a herniilor, eventrațiilor etc.

În constipația decompensată (constipația boală propriu-zisă) regimul alimentar va fi „de cruțare intestinală", fără legume și fructe crude, alimente netolerate, dat sub formă de pireuri, dar totuși nu prea restrictiv (se admit dovlecei, morcovi tineri) și mai ales un timp îndelungat.

**Medicația** se adaptează dispepsiei de însoțire : în caz de fermentație preferînd carbonatul, silicatul de bismut și calciu, iar în caz de putrefacție subnitratul de bismut (în doze mici repetate sau doză unică, 8—10 g zilnic), pe o perioadă de 10—12 zile. Contra acuzelor dureroase se indică medicația antispastică (papaverină, probantin, buscopan), iar în caz de infecție chimioantibioterapie cu efect predominant intestinal (Saprosan, Ftalisulfatiazol, Negamicin), cîte șapte—opt zile sau din cele cu efect prelungit : Negram, Sulfametin (Bayrena) etc.

Nu vom uita a trata manifestările extradigestive. Sindromul enterorenal sau cel enterobiliar se influențează în bine asociind tratamentului de fond cură de diureză, colereză (cură hidrominerală în stațiunile Sîngeorz, Slănic, Vîlcele, Zizin etc.), soluția Bourget. La fel în caz de abuz de purgative și clisme se elimină uzul acestora și se cercetează dezechilibrul hidroelectrolitic (deshidratarea, hipokaliemia) și sindromul de malabsorbție.

Constipația, deci, se tratează eminamente prin măsuri igieno-dietetice (mijloace terapeutice naturale) și orice abuz de medicație și mai ales clisme, laxative-purgative nu numai că este neavenit, ci

Scanned with OKEN Scanner

este chiar dăunător, întreținînd și complicînd suferința pînă la manifestări cu răsunet general („boala laxativelor").

**DIAREE** (sindrom). Sindromul diareic este definit prin emisia de scaune frecvente, de consistență lichidă sau semilichidă cu aspect macro- și microscopic revelator. Examenul macro- și microscopic arată tulburarea procesului de digestie și absorbție (resturi alimentare nedigerate, grăsimi neutre, amidon, fibre musculare nedigerate, acizi grași). Sindromul diareic este o manifestare comună pentru afecțiuni foarte variate ale aparatului digestiv sau al unor boli extradigestive, el fiind rezultanta unor factori patogenetici numeroși : tranzit intestinal rapid, secreții intestinale crescute, tulburări ale digestiei și absorbției, tulburări ale resorbției apei în cecoascendent etc. Cauzele ce pot determina aceste modificări sînt foarte numeroase și pot fi clasificate după cum urmează : 1. Extradigestive : nervoase, endocrine, boli carențiale (scorbut, pelagră), intoxicații exogene (Pb, As, Hg) sau endogene (uremie), alergii, boli cardiace, pericardite, scleroza vaselor mezenterice etc. 2. Digestive : a) extraintestinale : gastrogene (aclorhidrie, stomac rezecat, tumori) ; pancreatogene (sindrom Zollinger-Elison) ; hepatobiliare : hipertensiunea portală, dischinezii biliare, b) intestinale : enteropatia cronică nespecifică ; disbacterioze intestinale (antibiotice, sindrom de ansă oarbă, fistule digestive) ; infecții cronice (dizenterie, micoze, viroze) ; deficite enzimatice ; enteropatia glutenică ; enteropatii specifice ; enterita segmentară ; tumori, rezecții masive de intestin ; afecțiuni ale vaselor limfatice ; colonul iritabil ; abuzul de laxative ; diverticuloză, tumori ; rectocolită hemoragică.

Din multitudinea cauzelor și a mecanismelor patogenetice (exagerarea motilității intestinale, creșterea reactivității intestinale secundare proceselor inflamatorii, a producerii de acetilcholină sau de serotonină, influența florei microbiene din intestinul subțire și colon cu producere de acid dezoxicholic, modificarea circulației limfatice — boala Whipple, boala Crohn, tabes mezaraică, stază portală, hipersecreții digestive, exorbție) examenul medical trebuie să precizeze substratul, căci desigur tratamentul va fi axat pe cauza respectivă.

**Tratamentul** trebuie individualizat și prin aceasta impune trecerea etapei de diagnostic de sindrom diareic în etapa superioară a precizării cauzei și mecanismelor patogenetice. Aceasta implică uneori explorări numeroase și complexe ce vor viza analiza secrețiilor digestive : endobiopsii, explorări radiologice digestive, vaseu-

Scanned with OKEN Scanner

lare, analize bacteriologice, depistarea sindromul de malabsorbţie etc. După precizarea diagnosticului pozitiv se poate institui un tratament adecvat.

Pînă la această fază şi ca măsură comună în faţa unei diarei se recomandă un tratament care conţine multiple aspecte. **Repausul la pat** este necesar în fazele de exarcerbare sau în fazele acute pe o perioadă de una—două săptămîni. Cu deosebire se va asigura repaus psihic şi un somn foarte bun (la nevoie somnifere). **Regimul dietetic** va fi repartizat la ore fixe, patru—cinci mese pe zi şi va urmări cruţarea biochimică şi mecanică a tubului digestiv, echilibrarea microbiană şi a stării de nutriţie. Dieta va fi administrată în cîteva etape. O dietă hidrică în faza acută (de exacerbare) va fi recomandată una—două zile, fiind formată din ceaiuri calde, uşor îndulcite (5%), de muşeţel, afine, mentă şi supe strecurate de legume (morcovi). Supele vor fi sărate, pentru compensarea parţială a pierderilor electrolitice. În cazul că diareea se datorează unor procese fermentative, alimentaţia în faza următoare se va axa pe brînza de vaci proaspătă, caş, ouă tari fierte, carne tînără fiartă (pui, rasol, perişoare), orez, morcovi raşi ; mai apoi se pot adăuga dovleci, cartofi, compot de mere, făinoase cu tendinţa de a echilibra proteinele şi hidrocarbonatele. În faza de stabilizare regimul va fi în general de cruţare, cu evitarea celulozicelor dure şi a alimentelor fermentescibile în exces, a unor fructe (prune, nuci, căpşuni, smeură), a laptelui, smîntînei, grăsimilor prăjite, a băuturilor reci şi a conservelor. Se vor evita condimentele.

**Tratamentul etiologic** trebuie axat pe afecţiunile expuse mai sus şi va viza, după coprocultură sau jejunocultură, germenii izolaţi şi testaţi la chimioterapie şi antibiotice. Se preferă curele scurte de cinci—şase zile de sulfamide grele (ftalisulfatiazol 5—6 g/zi) asociate cu streptomicină 1 g/zi la intervale egale de şase ore. În situaţiile grave se apelează la antibiotice : Cloramfenicol 1,5 g/zi, Tetraciclină 1,5 g/zi pe un interval de cinci—şase zile. În zilele următoare se prescriu cure de Saprosan sau Mexaform, ca apoi să se treacă la sulfamide grele. În caz că situaţia impune, se apelează la terapia antiparazitară în funcţie de parazitul izolat.

În funcţie de datele complimentare se aplică **terapia substitutivă** (acidopeps, triferment etc.) la care asociem pansamentele intestinale pe bază de carbonat de calciu 20—40 g/zi în diareea de fermentaţie ; se pot asocia şi săruri de bismut (carbonat sau subnitrat de bismut). **Tratamentul patogenetic** vizează reducerea excitabilităţii intestinului prin preparate anticolinergice, antispasmodice şi analgezice (Lizadon, Spasmoverin, tinctura de beladonă

3×20 picături/zi, picături Davilla 3×10—15/zi, novocaină 1% 20—30 ml/zi per os). Tratamentul vitaminic folosește vitamina C 1 g/zi, B complex forte 3×2/zi, vitamina A 10—15 000 U/zi. În caz de anemie se asociază cură cu preparate de fier. În perioadele de liniște **tratamentul balneofizioterapic** este de un real folos.

**DIVERTICULII COLONULUI.** Diverticulul colonului este o dilatație ampulară datorită hernierii mucoasei prin stratul muscular al peretelui care a cedat presiunii crescute din colon (diverticulul fals, de pulsiune, cel mai frecvent). Poate fi unic, izolat sau frecvent sînt diverticuli multiplii (diverticuloza colică), mai ales la persoanele în vîrstă. Localizarea este cu maximum de frecvență pe colonul descendent și sigmă. În 10% din cazuri există asociație cu alți diverticuli, esofag, intestin subțire (diverticuloză digestivă) sau alte asociații : hernie hiatală, litiază biliară.

Frecvent, simptomatologia clinică este absentă și doar la vîrstă înaintată apar manifestări : constipație sau diaree cronică, flatulență și, mai ales, complicații. Astfel, cînd apare diverticulita bolnavii acuză jenă dureroasă, iar reacția pericolică, ce este mai ales la nivelul segmentului sigmoidian (perisigmoidită), dă dureri în flancul stîng cu sindrom coprologic rectosigmoidian și împăstare locală, febră, subfebrilitate ; uneori se poate ajunge pînă la aspect de peritonită localizată sau abces perisigmoidian. Cînd diverticulul se ulcerează apare scaunul sanguinolent cu sînge roșu. Diagnosticul este certificat de examenul radiologic ce arată imagine rotundă de mărime variată (imagine în plus), uneori cu pedicul la lumenul colonului. Boala survine la vîrstnici, obezi, sedentari, constipați cronici.

**Tratamentul** are în vedere măsurile care se adresează boalei de fond și profilaxiei complicațiilor posibile : diverticulita, abcesul pericolic etc.

Astfel, **se va combate sedentarismul** ; prin regim hipocaloric se va reveni la greutatea ideală ; se va menține ora fixă pentru defecare (întreținerea refluxului).

**Regimul alimentar** va fi larg cu alimente simplu pregătite și ușor digerabile, excluzînd băuturile alcoolice, legumele uscate și cele cu resturi celulozice grosolane (varză, castraveți, ridiche, conopidă etc.). Se admit dovleceii, morcovii. Laptele și pîinea sînt bine suportate. Nu se vor permite uzul și abuzul de laxative și purgative, precum și antibioticele pe cale orală, în tratament îndelungat putînd expune la diaree ; anticoagulantele expun la hemoragii, corticoizii la exacerbarea unei infecții diverticulare discrete.

Scanned with OKEN Scanner

**Regularizarea tranzitului** (diverticulii survin de obicei la constipaţi) se va face prin ulei de parafină, din care se administrează seara înainte de culcare, eventual şi dimineaţa în zori de zi, cîte o lingură. Se poate completa cu granule de mucilagiu de tip Galcorin, Coreină recomandînd două—trei linguriţe dizolvate în 200 ml apă, după ce au stat 30 de minute şi care se iau înaintea meselor.

În caz de durere se dau antispasmodice de tip beladonă, Scobutil şi papaverină (nu opiacee).

Pentru a preveni o eventuală infectare a diverticulilor recomandăm un tratament cronic intermitent : o săptămînă pe lună sau trei zile pe săptămînă cu un dezinfectant intestinal, mai ales de tip Saprosan drageuri 3×2/zi, Cifoform (Vioform) comprimate 3×2/zi, Mexaform comprimate 3×2/zi sau sulfamide cu acţiune locală : Ftalisulfatiazol comprimate 5—6×2 comprimate, Salazopirină etc. sau Sulfametin (Bayrena) 1—2 comprimate pe zi (sulfamidă cu efect prelungit).

În caz de diverticulită se indică bolnavului repaus absolut, pungă cu ghiaţă pe flancul stîng, iar regimul alimentar va fi fără reziduu (lichide, piureuri). Se interzic laxativele, clismele evacuatorii sau baritate.

Se administrează antibiotice cu spectru larg, cu acţiune şi asupra microbilor gram-negativi, pe cale parenterală : Neomicină, Streptomicină, Ampicilină sodică, Tetraciclină, hemisuccinat de Cloramfenicol, Polimixină B sulfat etc. în doze eficace şi individualizat. Ele se vor administra încă cel puţin cinci-şase zile de la liniştirea fenomenelor locale şi revenirea la normal a datelor de laborator (formele sanguine), altfel riscăm recidiva sau apariţia de mici abcese închistate cu germeni rezistenţi.

**Tratamentul chirurgical** este indicat în faza de complicaţii. Infecţia (diverticulita), fie sub formă de granulom inflamator, fie sub formă de abces peridiverticular se manifestă printr-un sindrom abdominal acut cu sensibilitate şi palparea unei mase tumorale dureroase în fosa iliacă stîngă. Procesul de diverticulită se poate complica cu perforaţia dînd naştere fie (cel mai frecvent) la un proces blocat perisigmoidian (abces), fie (mai rar) la o peritonită generalizată. Aceste complicaţii grave acute obligă la tratament chirurgical. Se recomandă efectuarea unui anus pe transvers pînă la stingerea proceselor inflamatorii acute, dar dacă condiţiile locale (mezenterita retractilă, pericolita sclerolipomatoasă, abcesele pericolice o permit) efectuarea unei colectomii sub protecţie de anus.

O altă complicaţie care poate atrage după sine o sancţiune chirurgicală urgentă este hemoragia apărută datorită ulceraţiei mu-

Scanned with OKEN Scanner

coasei diverticulare (3—6% din diverticulozele colice se complică cu o hemoragie digestivă inferioară gravă). Dacă inflamaţia este complicaţia frecventă a diverticulozei sigmoidiene, hemoragia complică diverticuloza colică dreaptă (70% din hemoragiile digestive de origine diverticulară se localizează pe colonul drept). Din acest motiv Brasfield recomandă practicarea unei hemicolectomii drepte de principiu cînd diverticolul responsabil de sîngerare nu poate fi localizat, la un purtător de diverticuloză colică difuză.

**DOLICO- ŞI MEGACOLON.** Dilatarea şi alungirea intestinului gros pot fi congenitale (boala lui Hirschsprung) sau cîştigate (sindrom Hirschsprung), interesînd mai des (75%) descendentul şi sigma şi mai rar (25%) întreg colonul. Etiologia bolii este încă neprecizată. Patogenia susţine suferinţa plexului nervos mienteric, care determină lipsa unui sinergism peristaltic cu apariţia unor contracţii segmentare fibrilare, tonice în porţiunea rectului şi a sigmei inferioare ce duc la dilatarea segmentelor supraiacente. Se pare că există şi o perturbare a potasiului, mai ales pierderi la nivelul colonului terminal.

**Tratamentul de bază** este cel **igienodietetic** care vizează constipaţia. Se recomandă alimente bogate în celulozice dure şi mai ales crudităţi, care prin capacitatea de a se îmbiba cu apă îşi măresc volumul, produc acizi de fermentaţie şi măresc peristaltica: pîine Graham, pîine neagră, fructe uscate, supe de arpacaş; dulciuri concentrate, care acţionează osmotic şi prin acizii de fermentaţie (miere, dulceaţă, fructe). Vor fi reduse carnea, brînzeturile şi interzise pîinea albă, afumăturile, vînatul, ciocolata, cacao, fructe bogate în tanin (afine, gutui, cireşe negre). În prezenţa unei componente colitice secundare dieta se va modifica în sensul combaterii fermentaţiei sau putrefacţiei. Ca **tratament medicamentos** se recomandă combaterea hipersimpaticotoniei (Ergotină) sau excitarea parasimpaticotoniei (Ezerină). Administrarea clorurii de potasiu 2—3 g/zi poate aduce beneficii reale crescînd tonusul musculaturii netede intestinale.

În cazurile severe, rezistente la tratamentul conservator se poate pune problema **tratamentului chirurgical** care rareori dă ameliorări. Intervenţia practicată pentru megacolon este operaţia Swenson şi Duhamel (vezi „megacolon congenital"). La copil şi adultul tînăr se mai poate practica şi rezecţia segmentului rectosigmoidian şi invaginaţia capătului proximal pe cale abdominoendoanală cu conservarea mucoasei şi anastomoză fără sutură. Această intervenţie are avantajul că foloseşte anastomoza coloanală fără sutură evi-

Scanned with OKEN Scanner

tînd fistulele, stenozele și recidivele. Orice intervenție pentru megacolon trebuie să fie precedată de o minuțioasă pregătire a ocolonului care trebuie golit prin clisme repetate. Vor fi evacuate fecaloamele, totdeauna prezente, iar starea generală va fi restabilită prin recchilibrare hidroelectrolitică.

În dolicocolon tratamentul chirurgical este indicat la acele cazuri unde lungimea anormală a intestinului antrenează tulburări funcționale importante sau crize dureroase colicative indicînd o tendință la volvulus. Accidentul ocluziv acut prin volvularea buclei sigmoidiene reprezintă indicația majoră și absolută a tratamentului chirurgical.

În cazul tulburărilor funcționale cronice, a crizelor dureroase colicative se poate recurge fie la sigmoidopexie (vezi „colopexie") fie la rezecția segmentară a colonului cu anastomoză termino-terminală. În volvulusul acut de sigmă, dacă el este recent, se poate încerca devolvularea fără a interveni chirurgical. Dacă manevra nu reușește se indică intervenția de urgență și compromiterea vitalității ansei volvulate obligă la colectomie segmentară (vezi „volvulus").

**DUKES** (stadializarea cancerului de colon). Este o clasificare bazată pe criterii anatomochirurgicale, publicată în 1932. Conform acestui tip de stadializare diagnosticul stadial definitiv este stabilit numai după intervenția chirugicală. În timpul intervenției se controlează macroscopic, prin inspecție și palpație, ganglionii limfatici regionali, apoi se procedează la verificarea lor histologică. În felul acesta se stabilește extensia regională și raportul cu alte organe.

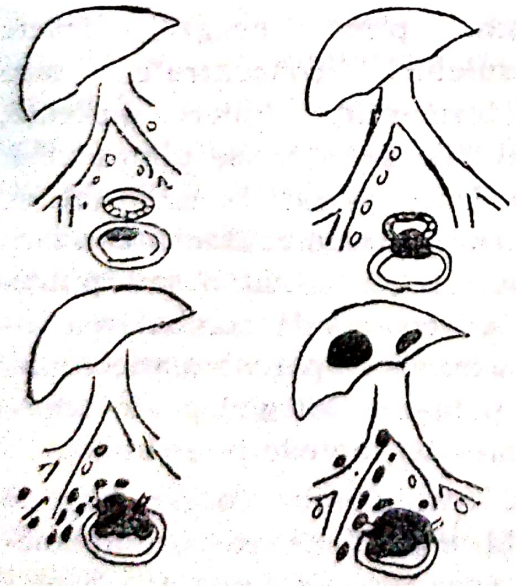


Fig. 60.

Conform acestei clasificări cancerul rectocolic este împărțit stadial în 4 grade notate cu A (gradul I), B (gradul II), C (gradul III) și D (gradul IV) (fig. 60):

I. În stadiul A tumora este limitată la peretele intestinului.

II. În stadiul B tumora depășește peretele organului și invadează țesuturile vecine.

III. În stadiul C la tumoră se adaugă adenopatia regională.
IV. În stadiul D există metastaze la distanță.

Între supraviețuire și gradul extensiei tumorale după clasificarea lui Dukes există o dependență directă. La cinci ani, cazurile de cancer colorectal operate în stadiul A au o supraviețuire de 85—90%, în stadiul B de 60—70%, în stadiul C de 10—15%, iar în stadiul D nu sînt supraviețuitori peste 5 ani.

**ELECTROCOAGULARE** (pentru cancer rectal sau colic). Procedeu de distrugere tumorală prin căldură locală, prin coagularea proteinelor tisulare și realizarea unei necroze. Necroza este urmată de escară care se elimină lăsînd loc unei cicatrici.

Electrocoagularea reprezintă o metodă paleativă aplicată acelor bolnavi care nu pot suporta o intervenție chirurgicală (vîrstă înaintată, metastaze la distanță, refuzul intervenției). Nu pot fi electrocoagulate decît tumori relativ joase (accesibile rectoscopului prin care se introduce electrodul coagulant). Pentru tumorile joase (canal anal, rect pînă la 6—7 cm) electrocoagularea se face sub controlul vederii cu ajutorul valvelor. Mai au indicație pentru electrocoagulare tumorile inoperabile, sîngerînde de tip polipoid, ulcerate, suprainfectate, care prin volumul lor și complicațiile locale ce le antrenează reprezintă un mare disconfort pentru bólnav.

După electrocoagulare se pot ivi complicații imediate (hemoragii, perforații ale peretelui rectal), iar tardiv stenoze cicatriciale.

**EXTERIORIZARE COLICĂ.** Este un procedeu tehnic în chirurgia de urgență, care nu se mai utilizează decît cu totul excepțional. El constă în a izola și a exterioriza la suprafața abdomenului un segment din colon, segment pe care nu putem sau nu vrem să îl rezecăm imediat din următoarele cauze : stare generală deosebit de alterată a bolnavului, existența unor alte leziuni grave la un politraumatizat care prelungesc mult actul chirurgical sau prezența la nivelul colonului a unor leziuni diseminate etajate de tip contuzie parietală a căror evoluție viitoare nu o putem prevedea.

Exteriorizarea colică comportă doi timpi : a) exteriorizarea propriu-zisă a ansei intestinale și b) menținerea în afara abdomenului a colonului exteriorizat. Exteriorizarea poate fi o manevră ușoară dacă colonul este mobil sau, dimpotrivă, poate reprezenta un timp dificil în fața unui colon fixat cu mezou scurt. Pentru zonele fixe ale colonului este necesară decolarea coloparietală. Fixarea la suprafața abdomenului a ansei colice exteriorizate se poate face prin mai multe metode. Cel mai rapid este procedeul de baghetă.

Scanned with OKEN Scanner

**FISURA ANALĂ.** Ulcerație lineară de origine inflamatorie ; este ascunsă într-o plică anală, de regulă unică, situată median posterior (mai frecvent) sau median anterior. Se poate prezenta ca o fisură superficială sau profundă, caloasă. Sfincterul intern care formează patul fisurii realizează o stare de spasm ce se opune epitelizării și întreține fisura.

Tratamentul este medical și chirurgical. **Tratamentul medical** se aplică fisurilor recente și superficiale și constă în băi călduțe (mușețel, Romazulan, hipermangan), supozitoare, antispastice, badijonări cu nitrat de argint soluție 1—5%, injecții subfisurare cu novocaină 1%.

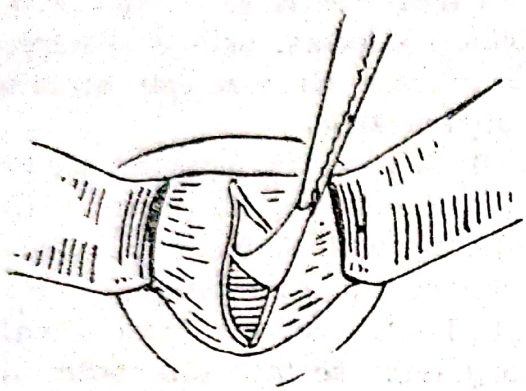


Fig. 61.

**Tratamentul chirurgical** se aplică fisurilor nerezolvate prin tratament conservator și fisurilor vechi, caloase. În funcție de leziune se aplică : a) dilatație anală manuală sau instrumentală în anestezie locală sau rahidiană, pentru fisurile simple, superficiale recente sau recidivante ; b) excizia fisurii împreună cu nodulul hemoroidal adiacent sau a unei cripte anale inflamate (fig. 61) ; c) sfincterotomia internă la nivelul fisurii, după excizia fisurii sau sfincterotomie internă laterală în caz de fisură infectată, urmată de tratament local antiinflamator.

**FISTULA RECTOVAGINALĂ.** Dacă este urmarea extensiei canceroase, atunci ea necesită o excizie radicală a rectului și vaginului (cînd este posibil și a uterului), în caz că tehnic este executabil. Dacă nu, atunci un anus iliac stîng va ușura starea bolnavei oprind scurgerea de materii fecale și flatusuri prin vagin. Fistulele asociate cu colită ulcerativă sau boala lui Crohn cer tratamentul bolii intestinale de bază prin excizie abdominoperineală cu sau fără colectomie. Cura fistulelor rectovaginale datorate proctitei și necrozei de iradiație crează probleme speciale prin capacitatea redusă a țesuturilor din jur la tolerarea unui traumatism

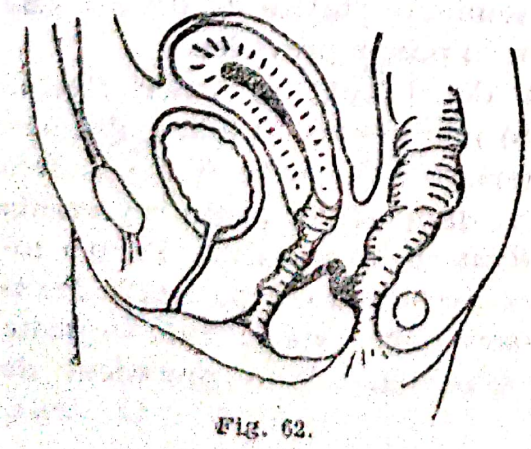


Fig. 62.

operator. Fistulele rectovaginale posttraumatice (obstetricale sau ginecologice) pot fi vindecate prin diferite procedee de reparație plastică.

**FISTULĂ RECTOVEZICALĂ.** Este comunicarea anormală între lumenul rectal și vezica urinară (fig. 63). Poate avea origine traumatică, chirurgicală (după explorări endoscopice vezicale, prostatectomie pentru cancer, electrocoagulare sau litotriție), neoplazică (cancer rectal, cînd fistula se constituie datorită necrozei țesutului tumoral prin radioterapia de contact sau radioterapia convențională). Fistula poate avea un traiect intermediar sau poate fi directă. În raport cu vezica se află de obicei la baza ei (trigon). Semnul clinic principal al acestei complicații este fecaluria cu fenomene de cistită rebelă concomitentă. În același timp, prezența urinei în intestin produce senzația de umplere a ampulei rectale, tenesme și diaree.

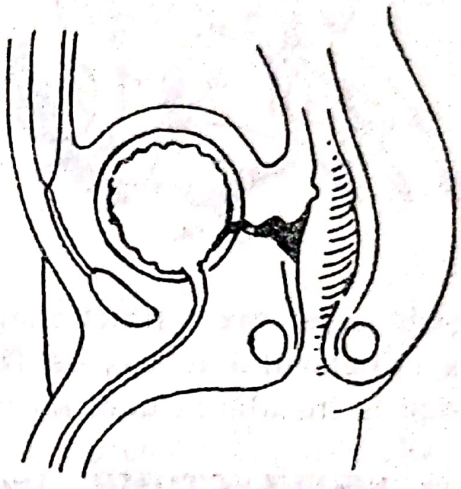


Fig. 63.

**Tratamentul** fistulei este **exclusiv chirurgical** și constă în eliberarea celor două organe aflate în contact, cu excizia celor două orificii fistuloase pînă în perete sănătos și, apoi, refacerea separată a peretelui fiecărui organ. În cazul fistulelor rectale înalte se utilizează calea transvezicală. În cele joase, cel mai bun abord este pe cale perineală. La sfîrșit, se lasă o sondă vezicală „à demeure" pentru trei-patru săptămîni, timp necesar vindecării plăgii vezicale.

Toate aceste procedee se folosesc pentru fistulele traumatice sau inflamatorii. Cele neoplazice nu pot beneficia de un tratament curativ. Pentru confortul bolnavului, în mod paleativ se poate recurge la derivarea înaltă a materiilor fecale prin anus iliac stîng definitiv, asociată cu ureterostomie cutanată.

**FISTULĂ PERIANALĂ.** Este consecința unui abces perianal deschis spontan (mai ales) sau terapeutic.

După traiect se disting fistule anale simple și complexe cu varietățile complete sau incomplete. Fistulele incomplete sînt oarbe interne sau oarbe externe. Fistulele complete se clasifică în funcție de raportul traiectului cu sfincterul anal : fistule intrasfincteriene (subcutaneomucoase), fistule transsfincteriene și fistule extrasfincteriene (fig. 64).



Scanned with OKEN Scanner

**Tratamentul** fistulelor perianale este **exclusiv chirurgical** și constă în extirparea completă a traiectului sau traiectelor fistuloase, evitînd incontinența anală. Desființarea traiectului fistulos se face printr-o secțiune de-a lungul traiectului, realizînd o plagă plată care se vindecă din profunzime spre suprafață.

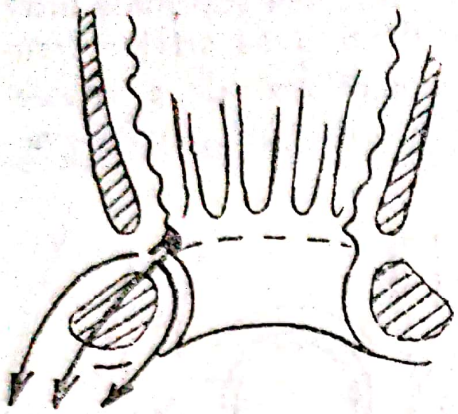


Fig. 64.

În cazul fistulelor intra- și transsfincteriene secțiunea respectă total, respectiv parțial sfincterul, fapt ce îi asigură o funcționalitate bună. În cazul fistulelor extrasfincteriene se ajunge la o secțiune completă, într-un punct, a circumferinței sfincterului dar rezultatele clinice arată și în acest caz o funcționalitate bună sfincteriană. Secțiunea dublă a sfincterului în caz de fistule bilaterale sau excizia lui parțială duc la instalarea unei incontinențe anale.

**FISTULECTOMIE.** Procedeu chirurgical de extirpare a unui traiect fistulos. Pentru ca intervenția de fistulectomie să poată fi efectuată sînt necesare cîteva condiții locale : a) să existe un traiect fistulos bine constituit pe toată lungimea lui și b) traiectul fistulos să poată fi accesibil pe toată lungimea fistulei. Cu alte cuvinte traiectul fistulei trebuie vizualizat preoperator prin fistulografie cu injectarea unei substanțe de contrast prin orificiul cutanat al fistulei (lipiodol ultrafluid). Radiografiile de față și profil stabilesc traiectul fistulei, eventualele sale ramificații sau dilatări, precum și raportul cu alte organe. Intraoperator este util de a se injecta pe traiectul fistulos o soluție de 1% albastru de metilen pentru a-l colora, astfel ca extirparea sa să se facă în țesut sănătos. Orice lăsare pe loc a unei porțiuni din traiectul fistulei predispune la recidivă.

**FISTULOTOMIE.** Procedeu de tratament chirurgical al traiectelor fistuloase prin deschiderea lor pe toată lungimea și expunere „à plat". Spre deosebire de fistulectomie, aici traiectul fistulos nu este extirpat ci doar deschis, iar patul fistulei chiuretat. Procedeul este folosit pentru fistulele regiunii coccigiene și ale regiunii perianale. După deschiderea traiectului fistulos, acesta se meșează pentru a se realiza o vindecare „per secundam" prin granulare locală.

**GOODSALL** (regula lui). Acționează în domeniul fistulelor anale. Dacă se trage o linie transversală prin mijlocul anusului,

atunci fistulele cu orificiul extern aflat anterior de această linie duc, de obicei, direct în canalul anal, pe cînd acelea cu orificiul extern aflat înapoia liniei transversale tind să ia un drum curbat, terminîndu-se printr-un orificiu pe linia mediană a peretelui posterior al canalului anal. Această generalizare este cunoscută drept regula lui Goodsall şi majoritatea fistulelor anale i se conformează (fig. 65).

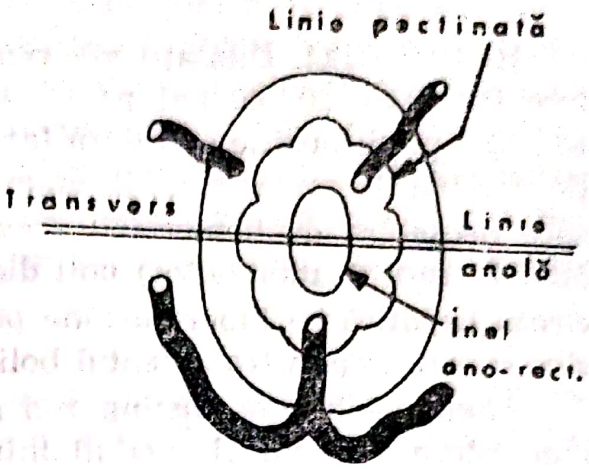


Fig. 65.

**HEMICOLECTOMIE** (vezi „colectomie").

**HEMOROIDECTOMIE.** Este excizia chirurgicală a hemoroizilor. Procedeul operator preferat este operaţia Milligan-Morgan. El constă în rezecţia mucoasei şi a pachetelor hemoroidale izolate, conservînd trei punţi mucocutanate intermediare. Procedeul este raţional pentru că se bazează pe existenţa pediculilor vasculari hemoroidali care determină apariţia a trei noduli hemoroidali principali la orele 3, 7 şi 11. Aceştia trebuie expuşi corect şi excizaţi sus, la pedicul (este o hemoroidectomie „ţintită"). În acelaşi timp, trebuie excizaţi şi nodulii secundari, eventual prezenţi în vecinătate şi a căror neglijare este cauză de recidivă.

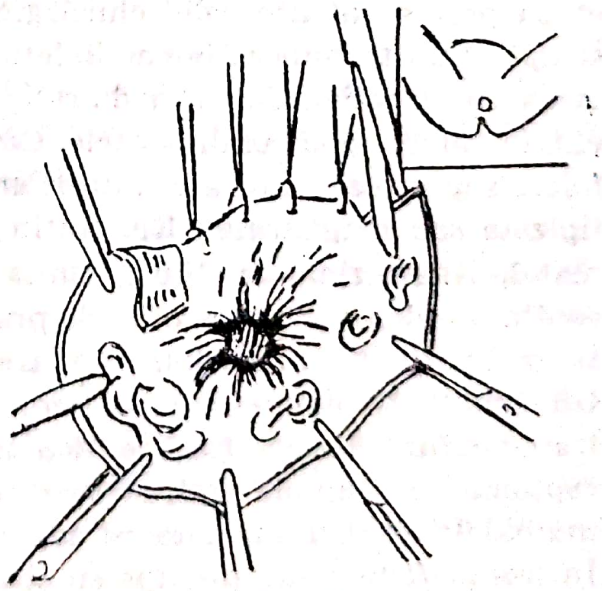


Fig. 66.

Uneori, în hemoroizii prolabaţi este indicată operaţia Whitehead-Vercescu. Ea constă într-o rezecţie circumferenţială a mucoasei anale în bloc cu hemoroizii, urmată de sutură mucocutanată. Este ameninţată de complicaţii ca ectropionul mucoasei sau retracţia sa cu cicatrice. De aceea, rezecţia

mucoasei trebuie bine măsurată, este partea delicată a operației (fig. 66).

**HEMOROIZI.** Dilatații ale venelor hemoroidale ; ele apar mai frecvent între 30—60 ani pe un teren pletoric, hipertensiv, obez. Există o predispoziție ereditară favorizată de sedentarism, constipație, sarcină. În aceste condiții apar hemoroizii primari sau esențiali, spre deosebire de hemoroizii secundari, hemoroizii-simptom care apar în cadrul unor (altor) boli digestive cum sînt cancerul rectal, ciroza hepatică cu hipertensiune portală, tumorile pelvine compresive și care impun tratamentul bolii de bază.

Anatomoclinic se disting trei grade : gradul I, nodul hemoroidal intern ; gradul II, noduli interni coborîți în canalul anal și gradul III, nodulii interni care prolabează în timpul defecației la exterior. Hemoroizii se însoțesc uneori de un prolaps al mucoasei anale, de un proces de anită, criptită, papilită și fisură anală. Complicațiile hemoroizilor sînt : a) hemoragii acute sau repetate cu anemie secundară ; b) tromboză și tromboflebita hemoroidală ; c) strangularea și necroza hemoroizilor prolabați.

**Tratamentul hemoroizilor** este medical, sclerozant și chirurgical în funcție de stadiul anatomoclinic și complicații.

**Tratamentul medical** este indicat în hemoroizii de gradul I și II necomplicați și în hemoroizii de gradul III complicați, dar ca o etapă premergătoare celei chirurgicale. În hemoroizii necomplicați se aplică un tratament igienodietetic : evitarea sedentarismului, evitarea constipației, dar și a diareii. Regimul nu este sever, însă va elimina alcoolul și condimentele. Ca tratament medicamentos se vor folosi supozitoare tipizate antiinflamatorii, supozitoare antispastice tipizate sau magistrale : **Rp.** Rutin 1 tb, Vitamina A fiole II, Dermatol, Anestezina aa 0,10 g, Butir 15 g pentru X supozitoare, ce conțin un element venotrofic, de protecție a epiteliului, dezinfectant și analgetic. Au efect bun, de asemenea, produșii venotrofici ca Glivenolul. În hemoroizii cu hemoragii acute sau cronice se face tratamentul anemiei (terapeutică marțială, vitamine, în mod excepțional se impune și transfuzia de sînge). În tromboflebite hemoroidale se dau supozitoare sau ungvente cu heparină (Lasonil). În tromboflebite sau prolaps cu strangulare sînt indicate infiltrația sfincterului cu procaină 1% sau cu xilină pentru spasmul sfincterian, analgetice, aplicații locale de ungvent ichtiolat.

**Tratamentul sclerozant** poate fi încercat în hemoroizii interni de gradul I care sîngerează repetat dar care nu sînt infectați. Poate fi aplicat și în cazuri de prolaps incipient. Soluția sclerozantă cla-

Scanned with OKEN Scanner

sică este de clorhidrat dublu de chinină și uree 5% sau mai bine tolerat este uleiul fenicat 5% în ritm de una ședință săptămînal.

**Tratamentul chirurgical** constă în ablația hemoroizilor (hemoroidectomie) și se indică în : hemoroizi externi voluminoși, hemoroizi interni gradul II prolabați, hemoroizi infectați, hemoroizi trombozați precum și în cazurile care au eșuat la alte tratamente. Din multitudinea tehnicilor operatorii menționăm operația Whitehead, operația Milligan-Morgan și electrorezecția pachetelor hemoroidale pe pensă Langenbeck. În caz de tromboză hemoroidală se practică incizia nodulului cu evacuarea cheagului sau, mai complet, excizia nodulului hemoroidal trombozat.

**HIRSCHSPRUNG** (boală) (megacolon congenital). Afecțiune congenitală la care se constată pe o anumită întindere a colonului și rectului (formele grave pot cuprinde tot cadrul colic) începînd de la anus lipsa oricărei mișcări peristaltice. Se datorează unor anomalii, pe acest segment, a plexurilor mienteric și submucos Meissner și Auerbach. Segmentul de colon lipsit de peristaltică reprezintă un veritabil obstacol în calea progresiunii tranzitului fecal, realizîndu-se o ocluzie sfincterală încît megacolonul nu ar fi decît o dilatație secundară deasupra obstacolului funcțional. Simptomatologia acestei boli este dominată de constipație. De asemenea, prezența fecaloamelor, prezența clinică a megacolonului, precum și imaginea radiologică a zonei înguste deasupra căreia colonul este enorm dilatat la examenul irigografic permit un diagnostic ușor.

În formele grave **indicația terapeutică** este urgentă. Se poate recurge fie la colostomie ca metodă paleativă, fie la rezecția în totalitate a zonei aganglionare, excizarea segmentului strîmtorat și restabilirea continuității intestinale.

**ILEOCECOSTOMIE.** Modalitate de restabilire a circuitului digestiv după rezecția ultimei anse ileale. Pentru asemenea intervenție anastomoza folosită era ileotransversostomia, considerîndu-se, în urma studiilor lui Trèves (1885), că slaba vascularizație a zonei ileocecale ar periclita o anastomoză la acest nivel. Nu este adevărat. În plus, ileocecostomia are un incontestabil avantaj funcțional față de ileotransversostomie, faptul că menține în circuitul digestiv colonul ascendent.

Ileocecostomia poate fi latero-laterală, latero-terminală (ileonul terminal implantîndu-se pe fața medială a cecului după ce locul de implantare al ileonului a fost suturat și înfundat în bursă) și termino-terminală, între fundul cecal și ileonul terminal.

Scanned with OKEN Scanner

**INCONTINENȚA ANALĂ.** Este pierderea involuntară a materiilor fecale și a gazelor dată de cauze foarte diverse. Pe prim plan se situează leziunile operatorii ale sfincterului din cursul intervențiilor pentru fistule perianale extrasfincteriene (mai ales fistule bilaterale), după intervenții pentru hemoroizi procedeul Whitehead (cînd se face ablația unei zone mai întinse de mucoasă), după intervenții de rezecții rectale (care interceptează sistemul de control senzitiv al sfincterului) și după rezecții rectale cu intubație endoanală cu jupuirea mucoasei anale. Mai rar poate surveni după rupturi perineale obstetricale, traumatisme accidentale ale regiunii anale; anomaliile sfincteriene, leziunile sau afecțiunile medulare, procesele de miozită sfincteriană completează cauzele insuficienței sfincteriene.

**Tratamentul** este **medical** în cazurile de leziuni medulare, insuficiență musculară reflexă sau prin scleroză și constă în regim antidiareic, medicație constipantă, galvanoterapie, vitamine din grupul B.

**Tratamentul chirurgical** se aplică: 1. În rupturile perineale și constă în miorafie sfincteriană asociată cu miorafia ridicătorilor anali. 2. În leziuni sfincteriene postoperatorii sau accidentale, în care se poate practica: a) cerclajul cu fir metalic sau plastic (Thiersch); b) plastia sfincterului cu fibre din m. fesier, m. drept intern; c) în final, în unele cazuri se practică o colostomie care poate fi mai bine controlată și îngrijită decît o incontinență anală.

**LIMFOGRANULOMATOZA RECTALĂ.** Boală venerică determinată de un virus limfotrop; a fost descrisă de Nicolas Favre. Boala evoluează în etape. La început apare prin contaminarea directă rectală sau, mai rar, vaginală un proces de rectită mucopurulentă cu aspect ulcerativ și granulomatos. În următoarea fază, la procesul specific inflamator determinînd rectita se adaugă o reacție inflamatorie banală perirectală. Stenoza rectală, care este stadiul final al evoluției acestei boli, apare tocmai din cauza acestui proces perirectal scleros, constrictiv, deformant care prinde treptat toată atmosfera celuloasă perirectală (invadînd spațiul celulogrăsos perirectal, mușchii ridicători anali, sfincterul anal, mezosigma, peritoneul fundului de sac Douglas). Această „masă" scleroasă care desființează orice anatomie locală și strangulează rectul determină o stenoză cilindrică în formă de pîlnie răsturnată cu o mucoasă rectală ulcerată și granulată. Deasupra acestei stenoze jos situată, cilindrică, sigma este dilatată.

Scanned with OKEN Scanner

Local se constată un proces de pahidermită perianală și vulvară, exeme, ulcerații și celulită indurativă. În acest stadiu apar dificultăți mari de evacuare a scaunului (scaunele sînt deformate în formă de creion). Se instalează o constipație rebelă și fenomenele de intoxicație stercorală devin evidente (anemie, caşexie, fetor, nefrită cronică). Intradermoreacția Frei este pozitivă.

**Tratamentul medical** își găsește loc în faza de rectită ulcerată mucopurulentă : antibioterapie cu Tetraciclină, clisme cu rol epitelizant, antiinflamator și antalgic, Dermatol, Vitamina A, Cortizon, Xilină. Evoluția locală este urmărită ano- și rectoscopic. Dacă stricturа s-a constituit, atunci este necesar **tratament chirurgical :** rezecția rectală pe cale abdominointrasfincteriană cu jupuirea mucoasei anale. Dacă stenoza este anală, complicată cu fistule perianale, cu celulită perineoischiorectală (sindrom Jersild) este indicată amputația de rect cu anus iliac stîng. Spre deosebire de procesul neoplazic, întinderea rezecției trebuie să se facă în înălțime numai pînă în colon sănătos. Perirectita îngreunează foarte mult timpul de scheletizare și mobilizare a rectului.

**PROCTITE** (rectite). Sînt procese inflamatorii specifice sau nespecifice ale rectului asociate, de regulă, cu inflamația colonului și realizînd un tablou anatomoclinic de rectocolită.

În cadrul rectocolitelor sînt individualizate următoarele forme :

1. **Rectocolita ulceroasă** (ulcerohemoragică), întinsă de la canalul anal pînă la cec. Tratamentul este medical și chirurgical. **Tratamentul medical** are următoarele obiective : a) măsuri de remontare : repaus la pat, transfuzii sanguine, corectarea tulburărilor hidroionice, regim caloric fără a irita intestinul și sărac în rezidii, vitaminoterapie, sedative ; b) tratament antiinflamator : corticoizi se folosesc în formele incipiente fără febră sau alte manifestări de infecție secundară. Se administrează per os Prednison 15—30 mg/zi sau, local spălături rectale cu 40 mg hidrocortizon în 50—100 ml soluție salină ; c) se mai folosește tratament imunosupresiv cînd se bănuiește o cauză imunologică ; d) Salazopirina, o sulfamidă cu acțiune specifică pentru țesutul conjunctiv, se dă 1 g de 4—6 ori pe zi (drajeuri de 0,500 g).

**Tratamentul chirurgical** are următoarele indicații : a) formele ce pun în pericol viața bolnavului (forma acută fulminantă, forma toxică, hemoragii masive, perforații) ; b) formele rezistente la tratament medical (cronice, recidivante, invalidante) ; c) formele cu complicații locale (leziuni perirectale, ocluzie) sau generale (artrite, complicații hepatice, piodermite).

Scanned with OKEN Scanner

Posibilităţile operatorii sînt : a) operaţie de derivaţie, care cel mai adesea este o ileostomie terminală (ileoproctie) şi constituie un timp preliminar exerezei ; b) rectocolectomie totală cu ileostomie terminală definitivă, intervenţie mutilantă ce pretinde o urmărire şi îngrijire postoperatorie atentă şi îndelungată ; c) exereza incompletă cu păstrarea unui segment rectal la care se face anastomoza ileonului se poate practica în caz de leziuni reduse pe segmentul rectal restant.

2. **Rectocolita tuberculoasă** beneficiază de **tratament medical** specific general şi local, susţinut de un tratament de remontare. **Tratamentul chirurgical** este indicat în stricturi nedilatabile (rectotomie internă) sau în stricturi etajate (rezecţie rectală).

3. **Proctita micotică** (actinomicoza rectală) are ca **tratament iniţial medical** vaccinoterapie şi aureomicină. **Tratamentul chirurgical** se indică în faza de fistulizare (debridare) sau de stenoză constituită (rezecţie sau amputaţie de rect).

**PROLAPS RECTAL.** Trei elemente anatomice se pot exterioriza prin orificiul anal şi pot să realizeze prolapsul : mucoasa anorectală, pereţii canalului anal şi pereţii rectului. Dacă prolabarea este numai mucoasă, există un prolaps mucos ; cînd prolabează rectul pînă în partea lui înaltă, canalul anal rămînînd pe loc deosebim prolaps adevărat complet sau total. Prolapsul este anorectal dacă odată cu pereţii rectali prolabează şi se exteriorizează şi canalul anal (fig. 67).

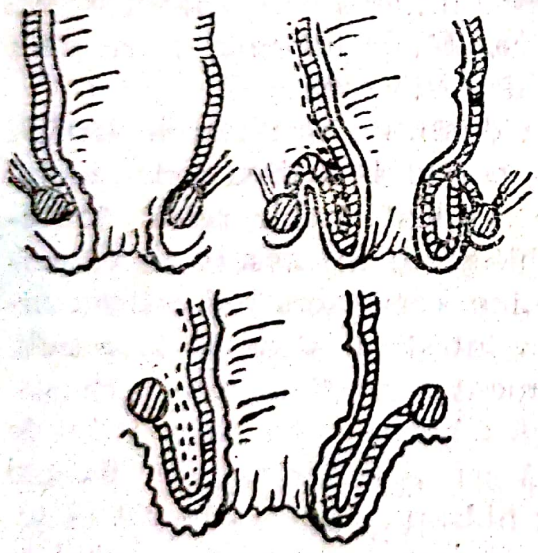


Fig. 67.

**Tratamentul prolapsului rectal mucos** este diferit. Acest tip de prolaps este de fapt o alunecare a mucoasei anale. La copil se tratează **medical** : combaterea diareii sau a constipaţiei, educarea actului defecaţiei, tratamentul rectitei asociate, vitaminoterapie (complex B). La tineri alunecarea este aproape totdeauna consecinţa unor hemoroizi procidenţi. Tratarea **chirurgicală** a acestora se face prin tehnica lui Whitehead care oferă cele mai bune rezultate. În prolapsul hemoroidal sînt contraindicate procedeele de hemoroidectomie sau alte tratamente (sclerozări) care nu rezecă mucoasa prolabată. La bătrîni, prolapsul mucos este dat de relaxarea sfincte-

Scanned with OKEN Scanner

riană. Din acest motiv tratamentul trebuie să vizeze rezecţia mucoasei prolabate şi tonifierea sfincterului anal prin electroterapie după tehnica lui Bensaude şi May, tonice generale, vitaminoterapie din complexul B. Rezecţia mucoasei se face circular şi este urmată de sutură mucocutanată „în entropion" (tehnica lui Delorme). În tehnica lui Hartmann se excizează patru bandelete longitudinale şi concentrice de mucoasă, lăsîndu-le despărţite de o mucoasă sănătoasă de unde pleacă epitelizarea pentru zonele excizate. Avantajul acestei tehnici este că scleroza cicatricială dezvoltată pe zonele de mucoasă excizată retractă concentric manşonul mucos şi îl fixează. Poate da chiar stenoze secundare ce necesită dilatări ulterioare.

**Tratamentul prolapsului total** este **numai chirurgical.** Factorul esenţial al acestui tip de prolaps este alungirea tubului rectal care se plicaturează în segmentul său pelvisubperitoneal. La aceasta se adaugă un fund de sac Douglas foarte adînc şi prezenţa, de obicei, a unui mezorect alungit şi lax. Se mai constată şi leziuni anoperineale care nu sînt decît consecinţa celor de mai sus. Sfincterul anal în permanenţă forţat de protruzia rectală este beant şi aton, fiind necontinent. Chinga perineală este relaxată datorită amiotrofiei ridicătorilor anali. În consecinţă, principiile tratamentului chirurgical al prolapsului sînt : eliberarea rectului plicaturat şi fixarea lui prin rectopexie, refacerea chingii pelvine peritoneale şi solidarizarea ei pe rectul ridicat şi abdominalizat, desfiinţînd fundul de sac Douglas. Aceste obiective sînt atinse prin procedeele de rectopexie abdominală. Ele fixează pe cale abdominală rectul pelvisubperitoneal după ce el a fost eliberat şi deplicaturat. Rectul astfel eliberat poate fi fixat prin mai multe metode dintre care citäm rectopexia la promontoriu (Orr-Loygue 1956) şi extraperitonizarea rectosigmoidului (Lahaut 1956). La aceste tehnici abdominale se adaugă metodele perineale ce pot fi „de necesitate" sau efectuate „complementar" la procedeele abdominale.

Operaţiile perineale de necesitate se indică la bolnavii în vîrstă cu tare importante care nu ar suporta un timp abdominal. Se foloseşte cerclajul anal (Thiersch 1891) care constă în introducerea subcutanată în jurul orificiului anal a unui fir metalic sau de nylon, după care prolapsul este redus iar bursa este strînsă pînă la grosimea indexului introdus în orificiul anal. Un alt procedeu este rezecţia totală a părţii prolabate (tehnica Mikulitz 1888) rezervat numai pentru situaţiile în care porţiunea de rect prolabată prezintă ulceraţii întinse sau zone de necroză şi sfacelări.

Intervenţiile pentru refacerea chingii perineale sînt practicate şi ca acte complementare la rectopexiile pe cale abdominală, astfel

Scanned with OKEN Scanner

miorafia anterioară a ridicătorilor anali (Duval şi Proust) şi sfincteroperineorafia anterioară şi posterioară (Cunéo şi Sénèque 1931). În fine, tot la acest capitol trebuie citate operaţiile de refacere a sfincterului anal extern distrus, prin mioplastie cu m. drept intern după tehnica Pikrell.

**PRURIT ANAL.** Formă infraliminară a durerii anale, ansamblu de senzaţii ce determină nevoia (şi plăcerea) gratajului, impune întotdeauna un tratament simptomatic completat, dacă este posibil, cu un tratament etiologic.

O clasificare clinicoetiologică distinge pruritul de origini diferite : 1. Cauze proctologice : supuraţii anorectale, fistule anale, abces intramural, criptită, papilită ; ulceraţii, herpes anal ; scurgeri fecale prin hipotonie sfincteriană ; hemoroizi ; proliferări, papiloame veneriene ; cancer ; parazitoze. 2. Cauze dermatologice ; microbiană, eczemă streptostafilococică ; micozică, candidoze ; alergică : sulfamide, antibiotice, anestezice locale ; neurodermite. 3. Cauze generale : diabet, azotemie ; boala Hodgkin, anemie hipocromă ; diaree ; leziune genitală (leucoree). 4. Cauze psihosomatice : pruritul „sine materia“ ce survine la structurile histerice, obsesionale, paranoice. Această localizare pruriginoasă exteriorizează obişnuit o insatisfacţie sexuală, o stare de frustraţie exprimată printr-o migrare a caracterului erotogen.

**Tratamentul** depinde de rezultatele unui bilanţ care cuprinde : 1. O anchetă precisă asupra folosirii medicamentelor şi produselor de toaletă. 2. Un examen local minuţios, inclusiv tuşeu rectal, anuscopie şi rectoscopie ; la femei, examen ginecologic. 3. Unele prelevări : aplicarea unei hîrtii lipicioase pentru căutarea oxiurilor, examenul scaunului. 4. Unele dozări biologice : glicemie, glicozurie, azotemie. 5. Studiul comportamentului psihologic.

**Tratamentul simptomatic** foloseşte 1. **Mijloace generale,** un produs antihistaminic : Fenergan, comprimate a 25 mg 2×1/zi, dimineaţa şi seara în timpul meselor. 2. Se adaugă **mijloace locale :** suprimarea medicamentelor, a supozitoarelor sau pomadelor aplicate local ; înlocuirea lenjeriei de corp iritantă (nylon) ; înlocuirea săpunului de toaletă obişnuit (acid) sau a unor săpunuri dezodorizante cu săpunuri neutre sau grase. În caz de dermită infectată se recomandă în plus : băi de şezut cu hipermanganat de K : 1 tabletă a 0,5 g la 5 litri apă caldă ; loţiune calmantă : **Rp.** Acid boric 25 g ; Borat de Na 5 g ; Clorură de Na 2 g ; Apă distilată 1 000 g. Se face, apoi, un tratament antiinfecţios cu soluţii antiseptice : eozină soluţie apoasă 2%, soluţia Milian : **Rp.** Violet de genţiană, Verde metil aa 0,25 g ; Alcool 60° ad. 100, care se vor aplica local de 1—2/zi. Se mai

pot face badijonări cu alcool iodat 1% sau soluție apoasă de nitrat de Ag 3%. Dacă există lichenificare se badijonează cu soluție ATS : **Rp.** Acid salicilic 0,50% ; Acid tricloracetic 3% ; seara se unge cu o pomadă Dalibour simplă sau camforată.

**Tratamentul etiologic** este variat. 1. În caz de intoleranță locală : suprimarea definitivă a pomadelor și supozitoarelor, a lenjeriei din materiale sintetice. 2. În caz de micoze : a) oprirea oricărei antibioterapii, fără a neglija rolul posibil al antibioticelor cuprinse în preparatele larg difuzate : dentifrice, pastile, siropuri ; b) prescrierea de antifungice pe cale generală : micostatice (Stamicin) drajeuri à 500 000 u, 8—12/24 ore, sau Fungison, suspensie buvabilă și pe cale locală : se va aplica o pomadă cu Stamicin. Tratamentul antifungic va fi efectuat timp de două—trei săptămîni. 3. Fisurile sau fistulele necesită tratament proctologic. 4. Criptitele și papilitele beneficiază de clisme dezinfectante : ser fiziologic 50 ml încălzit la 30° la care se adaugă fie Betnesol, comprimate efervescente de 0,5 mg (1/2 comprimate pentru clismă), fie Neomicin comprimate à 0,25 mg, două comprimate pentru o clismă. 5. Oxiuraza necesită tratament adecvat (vezi „parazitoze"). 6. În caz de prurit esențial, pe lîngă tratamentul local simptomatic se vor asocia : psihoterapie, sedative generale : Valium 2 tablete/zi à 5 mg ; Koloperidol 3×15 picături/zi ; corticoterapie generală : Prednison (tablete à 5 mg) 4—5 tablete/zi.

**RECTITA.** Proces inflamator acut sau cronic al rectului, de etiologie nespecifică sau specifică. Procesul inflamator este, de obicei, localizat pe segmentul suprarectal (avînd deci de a face cu o rectocolită) sau inflamația cuprinde regiunea anală (anorectită). Semnele clinice sînt dureri rectale, tenesme, scurgeri rectale cleioase purulente sau chiar hemoragice. La examenul endoscopic găsim mucoasa rectală congestionată, edematiată, cu striuri hemoragice pe suprafața ei, de asemenea ulcerații diseminate, acoperite de secreții purulente.

**Tratamentul acestei forme** de rectită este **conservator** : spălături rectale cu ceai de mușețel (Romazulan) ; antispastice ; sedative generale ; lubrefiante neutre ale scaunului (oleu de parafină).

Rectita cronică nespecifică are manifestări clinice mai estompate, predominînd scurgerile purulente sau hemoragice.

**Rectitele specifice** sînt declanșate de flora microbiană sau paraziții specifici. Tabloul clinic este analog cu cel al rectitelor banale, dar la examenul microscopic și citologic al scaunelor sau la examinarea scurgerilor rectale se poate descoperi agentul bleno-

Scanned with OKEN Scanner

ragiei, actinomicozei, tuberculozei, sifilisului sau al limfogranulomatozei.

**Tratamentul** este, cel puțin pentru fazele de început, **conservator**: antibioterapie pe cale generală (după antibiogramă), spălături rectale.

**Tratamentul chirurgical** nu este încercat decît la cazurile unde procesul de rectită cronică a produs o stenoză rectală (vezi „stenoză rectală").

**RECTOCOLITA ULCEROHEMORAGICĂ.** Este o inflamație ulceroasă și hemoragică a colonului, avînd o evoluție cronică, ondulantă. Clinic, simptomatologia este dominată de un sindrom diareic dizenteriform cu produse patologice, la care semnele generale sînt bine exprimate: febră neregulată, astenie, stare generală alterată, anemie, deshidratare hidroelectrolitică etc. Evoluția cronică și rezistența la tratamente se explică printr-o vulnerabilitate deosebită a mucoasei inflamate la care mai intervine un mecanism autoimun cu mare importanță la întreținerea bolii. Înțelegem astfel și complicațiile redutabile ale bolii: perforație cu peritonită, stricturi, stenoze, fistule, hemoragii masive, pseudopolipoză, atonie colică. Etiologia nefiind încă elucidată, nu există un tratament specific ci un tratament complex ce vizează redresarea stării generale, reechilibrarea organismului și combaterea factorilor agresivi microbieni.

**În faza acută** a bolii tratamentul se începe cu **repaus la pat** obligatoriu pînă la liniștirea fenomenelor cînd, progresiv, bolnavul își reia ritmul de viață obișnuit. **În faza de remisiune** se impune un **regim de viață** ordonat, cu odihnă suficientă și evitarea traumelor psihice. Se vor exclude toxicele: nicotina și alcoolul.

**Regimul dietetic** este de cruțare, mai riguros în fazele acute și mai larg în fazele de acalmie. Se exclud toate celulozicele, condimentele, alimentele iritante, laptele, fructele crude, vegetalele crude, alimentele prăjite. În faza acută se începe cu dietă hidrică, ceaiuri slab zaharate, supe strecurate de legume ca după două—trei zile să se adauge paste făinoase, pîine albă, griș, orez, apoi proteine sub forma brînzei proaspete de vacă, caș, carne slabă fiartă, ouă fierte iar pentru aport de vitamine și minerale cantități mici de sucuri de legume.

Rația calorică trebuie să asigure cît mai curînd 2 500—3 000 calorii cu conținut proteic bogat, 150 g/zi și cu atenție la conținutul în minerale și vitamine.

Neavînd un tratament etiologic, măsurile ce vizează lanțul patogenetic sînt de mare importanță. **Tratamentul antiinflamator** se realizează cu ajutorul derivaților cortizonici și este indicat în pu-

seele grave hemoragice sau cu complicaţii infecţioalergice. Formele cu ulceraţii intense, cu tablou septic sînt contraindicate pentru acest tratament (risc de perforaţie sau septicemie). Se folosesc cu succes perfuzii cu ACTH 50—100 mg la 24 ore, în două sau patru prize fracţionate, urmate de tratamentul cu Prednison 40—60 mg cu reducerea progresivă a dozelor, tot la 14—20 zile. Tratamentul se continuă cu 1/3 din doza iniţială pînă la normalizare endoscopică. Se indică, asociat, ClK 1—3 g/zi.

Salazopirina cu acţiune antiinflamatorie şi antiinfecţioasă este poate cel mai activ agent terapeutic. Se administrează doze de 6—8 g/zi, în cure de atac, urmate de o cură de întreţinere 1—3 g/zi, timp de doi—trei ani. Combaterea infecţiei este necesară şi se obţine cu sulfamide grele : Ftalilsulfatiazol 4—6 g/zi. Antibioticele sînt rezervate pentru formele grave cu complicaţii septice, megacolon toxic sau în suprainfecţii colice grave. **Terapia imunodepresivă** a obţinut oarecari rezultate. Ea se poate realiza cu Imuran 100—200 mg/zi în cură de atac şi 50—100 mg în cure de întreţinere. Tratamentul vitaminic are mare importanţă şi impune administrarea vitaminelor : A, C, B complex şi P (rutin). Cu bune rezultate se foloseşte tratamentul de comutare (schimbarea reactivităţii organismului). Se realizează cu piretoterapie (vaccin TAB, Pirifer) tot la trei zile, în serii de şase—zece şocuri. În aceeaşi categorie intră microtransfuziile şi perfuziile cu novocaină 0,75%/250 ml. **Tratamentul sedativ** nu trebuie niciodată neglijat. Se administrează sedative : bromuri, barbiturice sau tranchilizante, atît pentru fondul labil psihic al bolnavului cît şi pentru faptul că stress-ul psihic poate acutiza o rectocolită în fază latentă. Trebuie urmărit echilibrul biologic, corectînd anemia, carenţele proteinice, hidroelectrolitice şi vitaminice (pansament pe bază de bismut, calciu) în combaterea diareelor septice.

**Tratamentul local** se face cu microclisme sau supozitoare cu Salazopirină sau Sulfatiazol, la care se asociază şi Prednison sau Hidrocortizon. Administrarea se face zilnic. Odată cu ameliorarea tabloului clinic se scade frecvenţa clismelor, pînă la 1—2 ori pe săptămînă.

**Tratamentul chirurgical** se impune numai după epuizarea tuturor mijloacelor conservatorii sau în prezenţa unor complicaţii ce nu se pot rezolva altfel (hemoragii masive, ocluzii, perforaţii, megacolon, stenoze). Formele refractare la tratament medical impun aceeaşi conduită însă înainte de a se altera profund starea generală.

Scanned with OKEN Scanner

Colectomia reprezintă operaţia de elecţie. Uneori, însă, starea precară a bolnavului impune mai mulţi timpi operatori, dintre care reţinem ileostomia abdominală (intervenţie de necesitate) care după şase luni va fi completată cu colectomie. Colectomia poate fi segmentară sau totală, după întinderea procesului şi este urmată obligatoriu de anastomoză terminoterminală. Postoperator, bolnavul va fi tratat în special local (dacă rectul este prins) şi supravegheat în continuare. Bolnavul poate fi recuperat, reîncadrarea făcîndu-se cu un program de muncă şi viaţă raţională.

**RECTORAFIE.** Este procedeul prin care se închide o breşă chirurgicală (rectotomie) sau accidentală la nivelul rectului. În funcţie de sediul breşei (subperitoneală sau abdominală) rectorafia se execută pe cale abdominală, perineală (pre- sau retrorectală) sau pe cale combinată (abdominală şi perineală, concomitent sau succesiv). Dacă este vorba de o plagă rectală, rectorafia trebuie să fie precedată de o bună pregătire a buzelor plăgii (regularizarea şi avivarea marginilor ei), hemostază perfectă, coprostază şi aspirarea conţinutului intestinal, izolarea cavităţii peritoneale cu cîmpuri. Sutura (rectorafia) se poate efectua într-un singur plan (extramucos) cu hemostază pe buzele plăgii sau în două planuri. Rectorafia se poate complica postoperator imediat cu o peritonită fecaloidă, fie prin contaminarea cavităţii peritoneale, fie prin dezunirea suturii ; iar în postoperatorul tardiv cu fistulă fecaloidă. Pentru prevenirea acestor complicaţii se poate practica un anus contra naturii de protecţie.

**RECTOSIGMOIDITE.** Sînt procese inflamatorii ale segmentului rectosigmoidian, de cele mai multe ori nespecifice, dezvoltate frecvent pe un fond diverticular local. Pentru **tratament medical**, vezi „diverticulii colonului" şi „proctitele".

**Indicaţii chirurgicale** absolute se adresează complicaţiilor : perforaţiile, abcesele perirectocolice, fistulele, stenozele cu fenomene de ocluzie. Actul chirurgical este considerabil îngreunat de extinderea procesului inflamator în afara pereţilor colorectului. Procesul de mezenterită sclerolipomatoasă retractilă, aderenţele întinse şi multiple cu organele de vecinătate modifică profund anatomia regiunii.

Colectomia segmentară este indicată în perforaţie, mai ales dacă şi calitatea pereţilor segmentului afectat este dubioasă. Restabilirea continuităţii (colice) prin anastomoză colorectală pe cale intraabdominală este rar posibilă, datorită procesului de retracţie me-

Scanned with OKEN Scanner

zenterică. Din acest motiv, chirurgul este de multe ori obligat să recurgă la operația de tip Hartmann.

În cazurile unde fenomenele de ocluzie sînt pe primul plan, un anus prealabil, la distanță de leziune, oferă ulterior condiții mai bune pentru o exereză.

În formele supurate, paralel cu tratamentul medical este necesar drenajul abceselor pericolice, uneori voluminoase. Într-un al doilea timp, după stingerea complicației locale, se va trece la colectomie.

În cazul sigmoiditei diverticulare zona de rezecție trebuie să fie mai largă, practicîndu-se o hemicolectomie stîngă.

**RECTOTOMIE.** Este deschiderea chirurgicală a rectului. Rectotomia pe cale perineală (rar practicată) presupune secționarea aparatului sfincterian și deci poate apărea fenomenul de incontinență anală. Rectotomia pe cale abdominală se face longitudinal pe fața anterioară a rectului, în apropierea joncțiunii rectosigmoidiene pe o lungime de 3—5 cm, putînd fi prelungită cranial sau caudal după necesitate și sediul leziunii de tratat (extragerea unor corpi străini, exereza unor tumori benigne ale rectului). Izolarea cîmpului operator trebuie să fie foarte riguroasă pentru a nu contamina cavitatea peritoneală cu conținutul rectal.

**REZECȚIE DE RECT.** Intervenție cu pretenție la radicalitate oncologică și cu caracter conservator prin care se extirpă larg rectul. Rezecția conservă în întregime sau parțial aparatul anosfincterian, iar restabilirea tranzitului se face fie printr-o anastomoză colorectală directă, fie prin coborîrea unei anse colice în perineu (fig. 68). La extirparea formațiunii se adaugă evidarea celulolimfoganglionară perirectosigmoidiană. Intervenția se poate termina (fără ca acest fapt să fie o regulă) cu un anus derivativ iliac stîng „temporar" sau cu o fistulă cecală (se închide chirurgical după perioada de consolidare a suturilor).

Pregătirea preoperatorie trebuie să fie minuțioasă. Se vor avea în vedere corectarea constantelor biologice ale bolnavului și totodată pregătirea locală a colonului prin clisme evacuatorii repetate, antibioterapie (asocierea eritromicină cu neomicină).

Procesul de rezecție nu poate fi aplicat decît în localizările tumorale situate mai sus de 7—8 cm de orificiul anal. Alegerea diferitelor variante tehnice de rezecție este în funcție de sediul tumorii (înălțimea față de de orificiul anal) și de extinderea tumorii (extensie regională sau la distanță).

Scanned with OKEN Scanner

1) Pentru localizările înalte ale cancerului rectal (10—20 cm), se folosește **rezecția rectală pe cale exclusiv abdominală.** Avantaje: păstrează integral aparatul sfincterian și intervenția se practică numai printr-o singură cale de abord. 2. Pentru segmentul rectal cuprins între 6—7 cm și 10 cm față de orificiul anal se practică **rezecțiile rectale pe cale combinată.** Aceste procedee sînt variate și pot fi clasificate din două puncte de vedere: a) al modului în care conservă aparatul anosfincterian și b) al căii combinate de abord. În funcție de modul în care conservă aparatul anosficterian, rezecțiile pe cale combinată se împart în mai multe categorii: a) rezecțiile rectale (sau rectocolice) pe cale combinată cu păstrarea integrală a aparatului anosfincterian și b) rezecțiile rectale (sau rectocolice) pe cale combinată cu păstrarea parțială a aparatului „jupuirea" mucoasei canalului anal din care cauză funcția aparatului anosfincterian se restabilește la început numai parțial, apoi ea se ameliorează treptat printr-un proces de adaptare la noua funcție a mucoasei colice coborîte. Procesul poate fi extins la cancere situate la 6—7 cm de orificiul anal.

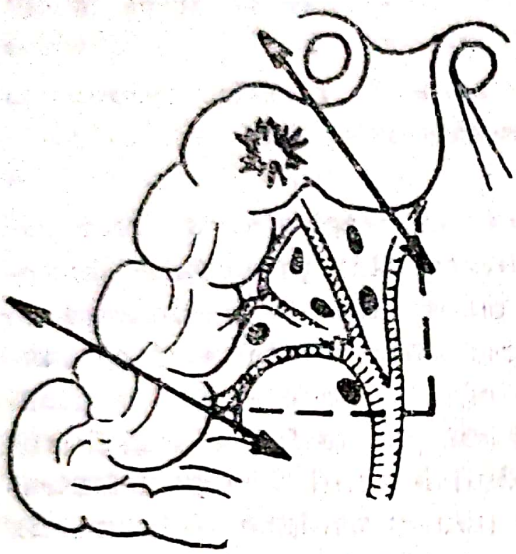


Fig. 68.

Din punctul de vedere al căii de abord, ambele categorii de rezecții rectale se pot efectua prin trei variante: a) cale abdominală (cu sau fără conservare a mucoasei); b) cale abdominosacrată și c) cale abdominoperineală.

În ceea ce privește anastomoza între colon și rect, există și aici variante: a) anastomoza colorectală terminoterminală într-un strat (monoplan) este cea mai bună anastomoză, însă ea nu poate fi realizată în condiții tehnice bune pentru rezecțiile joase; b) anastomoza colorectală prin intubarea capătului colic în lumenul rectal restant (anastomoză coloanală fără sutură).

În funcție de extinderea tumorii rectale la alte organe, se pot practica rezecții rectale lărgite: rectoenterectomie, rectocistectomie parțială, rectohisterectomie și pelvectomie.

**RUPTURA DIASTATICĂ A COLONULUI.** Perforație spontană a colonului, se situează în amonte de un obstacol, de obicei tumoral.

Scanned with OKEN Scanner

Se tratează numai **chirurgical.** Dilatația foarte mare a intestinului face ca perforația să se producă pe un perete alterat anatomic. Din acest motiv, de cele mai multe ori colorafia nu este posibilă și obligă la efeotuarea unei colectomii segmentare. În cazul în care distanța dintre perforația colică și formațiunea stenozantă este prea mare, se poate proceda într-un prim timp la exteriorizarea segmentului colic și plasarea unei sonde de tip Pezzer la nivelul perforației. Dacă starea generală a bolnavului o permite, se practică în același timp exereza colică pentru tumoră, anastomoza practicată după rezecție fiind protejată de colostomia pe sonda care a fost plasată la nivelul perforației.

**SINUS PILONIDAL POSTANAL** (boala de Jeep). Este o fistulă situată la mică distanță înapoia anusului (regiunea sacrococcigiană) conținînd, în general, fire de păr. Cauza este discutată, fie un defect de dezvoltare (persistența și infecția secundară a unor resturi caudale ale canalului medular sau a unor incluziuni dermoide) fie o boală cîștigată (pătrunderea firelor de păr provenite din tegumentul înconjurător).

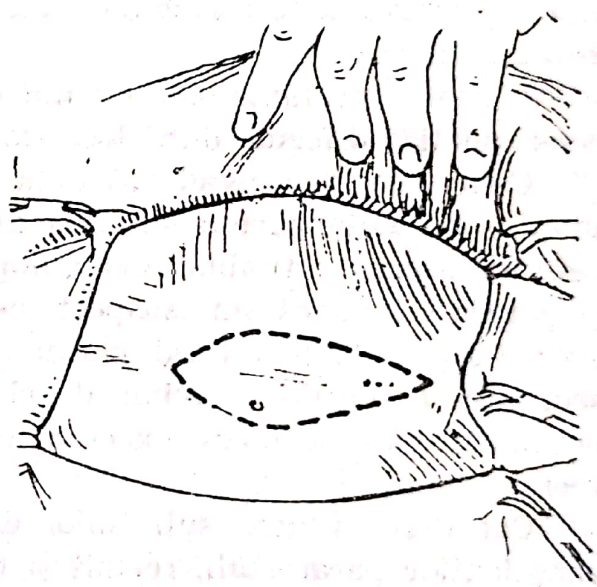


Fig. 68, a.

**Tratamentul este chirurgical.** Metoda preferată constă în excizia completă a sinusului, făcută într-o fază de liniște a leziunii (fig. 68 a). După aceea, sfătuim să se lase plaga deschisă, umplută cu meșe vaselinate, pentru a se vindeca per secundam, prin granulare. Se reia defecația în ziua a treia și, apoi, se fac băi de șezut dimineața și seara, urmate de irigația plăgii și pansament. Vindecarea completă durează 8—10 săptămîni, cu spitalizare în primele 4 săptămîni. După 3—4 săptămîni plaga poate fi acoperită cu grefe Thiersch. Procedeul durează, dar este mai simplu și mai ușor decît sutura primară. Larga cicatrice rămasă fără fire de păr este o garanție împotriva recidivei.

Dacă sinusul s-a prezentat ca un abces cu semne de inflamație acută în țesuturile din jur, atunci procedeul corect este drenajul abcesului printr-o incizie mică. După 2—3 săptămîni, cînd inflamația a cedat, revenim pentru excizia completă.



Scanned with OKEN Scanner

**STRICTURĂ ANALĂ.** Are origine diversă : inflamaţii nespecifice, traumatisme operatorii (fistulă ; fisură ; hemoroidectomie, în special Whitehead ; sclerozări ; ligatura, excizia sau diatermia tumorilor benigne), leziuni traumatice accidentale sau după iradiere (Curieterapia carcinomului de col uterin sau implantări de radium pentru carcinomul anal).

**Tratamentul** constă în şedinţe de dilatări progresive. În caz de eşec se recurge la anus contra naturii iliac stîng.

**TUMORI ANALE.** Tratamentul tumorilor anale depinde de varietatea lor histologică, în sensul potenţialului de evoluţie : benign sau malign, confirmat prin biopsie.

Tumorile benigne (adenoame, leiomioame, fibroame) se tratează prin : a) excizie, care are avantajul că ridică întreaga tumoră ce poate fi examinată histopatologic ; b) fulguraţie, leziunile mici putînd fi coagulate dintr-odată, cele mari necesitînd fulguraţii repetate (fracţionate).

Tumorile maligne (carcinomul spinocelular sau basocelular) au o **terapeutică diferită,** după localizare.

Cancerele care invadează linia dinţată se tratează printr-o amputaţie abdominoperineală, ca şi cancerul rectal dar, în plus, exereza va interesa : a) ablaţia ganglionilor regiunii hipogastrice, iliace şi obturatorii, dacă sînt suspecţi de invazie ; b) disecţia perineală cu ridicarea tegumentului perianal, golirea fosei ischiorectale şi secţiunea inserţiilor pelvine ale ridicătorului ; c) limfadenectomia inghinală, care se poate executa într-un timp următor amputaţiei rectale.

Cancerele situate sub linia dinţată, care dau rar invazia ganglionilor pararectali, rectali şi mezenterici se rezolvă chirurgical prin excizie locală.

Evidarea ganglionilor inghinali se va efectua, în caz de suspiciune de invazie, într-un timp următor exciziei cancerului primar.

Tumorile cu potenţial echivoc (carcinoide, carcinom în situ şi, în special, tumorile viloase) se tratează prin simplă excizie. Malignizarea depistată prin biopsie impune o operaţie radicală cînd e interesată linia dinţată (pectinată) anală şi o excizie în localizările distal de această linie.

Scanned with OKEN Scanner

# APENDICE

**ABCES APENDICULAR.** Supurație circumscrisă printr-o barieră de aderențe, este consecința unei apendicite acute neglijate sau a unui bloc apendicular care a evoluat spre supurație. **Tratamentul de bază este cel chirurgical,** care are ca scop evacuarea abcesului, drenajul focarului și ablația apendicelui. Pe prim plan se situează evacuarea și drenajul abcesului, ablația apendicelui poate fi amînată atunci cînd condițiile locale nu permit abordare ușoară a restului de apendice. Căutarea apendicelui în focarul de supurație poate duce la desfacerea barajului de aderențe recente și difuzarea infecției în peritoneu. Calea de acces este dictată de sediul abcesului: în fosa iliacă dreaptă pentru abcesul iliac, deasupra crestei iliace prelungită pînă în regiunea iliolombară pentru cel retrocecal, suprapubiană pentru cel mezocoeliac. Abcesul pelvin se poate evacua la bărbat și fete tinere prin rectotomie, iar la femei prin colpotomie.

Apendicectomia secundară se face după aproximativ trei luni, cînd s-a produs rezorbția procesului inflamator. În caz de puseu acut în acest interval se practică intervenție de urgență.

**APENDICECTOMIE.** Ablația apendicului ileocecal pentru leziuni acute sau cronice. Indicațiile apendicectomiei în leziuni acute ale apendicelui sînt categorice. Apendicita cronică trebuie dovedită prin explorări complexe pentru a elimina o altă suferință digestivă cu manifestări pseudoapendiculare. Apendicectomia este, de asemenea, indicată în intervențiile de ileocoloesofagoplastie care ridică regiunea ileocecală în regiunea toracică (pre- sau retrosternal); și în ileita terminală, nu cu pretenții curative ci în intenția de a simplifica diagnosticul diferențial la reluarea crizelor de ileită.

Apendicectomia tipică este urmată de înfundarea bontului apendicular în bursă cecală, cu epiplooplastie (mezoplastie). Se



Scanned with OKEN Scanner

practică şi tehnică fără înfundarea bontului apendicular, dar nu le sfătuim (fig. 69).

În caz de apendice situat retrocecal, ascendent, subseros sau cu mezou scurt se execută apendicectomia retrogradă care implică secţiunea primă a apendicului juxtacecal, înfundarea bontului şi ligatura din aproape în aproape a mezoului, pînă la apendicectomie.

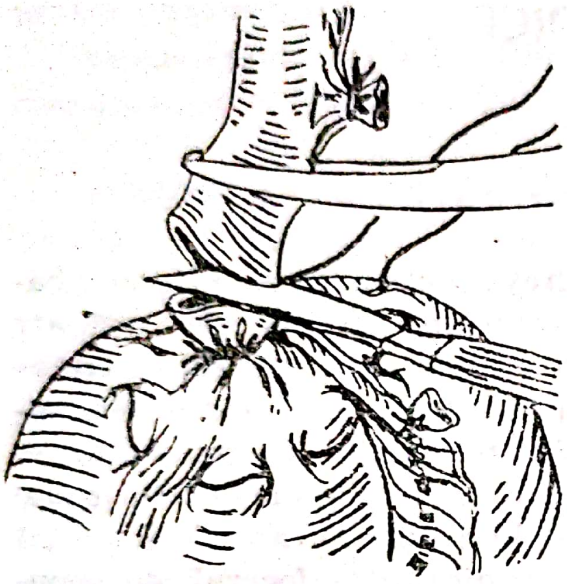


Fig. 69.

În cazuri de apendicite acute simple sau cronice cu lumen păstrat se poate îndepărta apendicele după scheletizare prin invaginaţie cecală, urmată de asigurare prin bursă. Apendicele nevascularizat, transformat în polip prin invaginare, se detaşează şi se elimină prin fecale.

**BLOC APENDICULAR** (plastron apendicular). Este un bloc visceral de protecţie în jurul unui apendice purtător de proces supurativ sau gangrenos. Blocul se constituie în 24—48 ore, dar poate apare şi după trei—patru zile de la debutul apendicitei acute.

**Tratamentul iniţial este medical,** avînd în vedere posibilitatea de resorbţie a blocului : repaus, pungi cu gheaţă, regim hidric, vaccin polimicrobian, antibiotice. Se urmăresc starea locală (evoluţia blocului), starea generală, curba termică, leucocitoza. În caz de regresiune a plastronului, scăderea febrei, a leucocitozei se continuă tratamentul pînă la dispariţia blocului. La ieşire se indică apendicectomie la rece după trei luni, iar în caz de puseu acut, apendicectomie de urgenţă.

În eventualitatea evoluţiei spre abcedare : extensia blocului, semne de fluctuenţă, febră de tip septic, hiperleucocitoză crescîndă, afectarea stării generale se execută **tratament chirurgical :** intervenţie de evacuare şi drenaj. Apendicectomia urmează tardiv, după rezolvarea abcesului. Există şi tendinţa chirurgicalizării precoce cu apendicectomie după izolare din bloc în cazurile prezentate la una—două zile de la constituirea blocului, cînd aderenţele sînt încă laxe şi permit desfacerea blocului fără riscuri de a leza elementele constitutive.

Scanned with OKEN Scanner

**EMPIEM APENDICULAR.** Apendicită acută supurată cu obstrucție la baza de implantare a apendicelui realizînd o retenție purulentă sub tensiune în lumenul apendicular. **Tratamentul** constă în apendicectomie urgentă.

**PERFORAȚIE APENDICULARĂ.** Se produce în cursul apendicitelor gangrenoase și determină o peritonită localizată sau generalizată. **Intervenția de urgență** se adresează în același timp apendicelui și extensiei peritoneale. Apendicectomia se execută după tehnica obișnuită, folosind însă o incizie mai largă.

**Tratamentul extensei peritoneale** constă în : aspirația lichidului exudativ sau supurativ, lavaj peritoneal, închidere cu drenaj aspirativ sau simplu, tubul fiind plasat pînă în fundul de sac Douglas. Lăsarea de antibiotice în peritoneu impune diluarea lor în soluție salină fiziologică sau apă distilată pentru a evita iritații generatoare de aderențe. Sînt autori care renunță la drenaj după ce au efectuat o toaletă peritoneală minuțioasă. Nu s-au adus încă argumente decisive pentru renunțarea la drenaj.

În unele forme de peritonită generalizată cu lichid supurativ abundent se aplică cu succes lavajul peritoneal prelungit cu soluții de antibiotice.

În evoluția postoperatorie se asigură un tratament de hidratare, antibiotice (după antibiogramă), vitaminoterapie, urmărind cu atenție eventualitatea dezvoltării unei ocluzii mecanoinflamatorii, a unui abces rezidual între ansele intestinale sau fundul de sac a lui Douglas, ca și a unei complicații la distanță, mai ales pulmonară.

Scanned with OKEN Scanner

# FICAT

**ABCES HEPATIC.** Este infecţia ficatului şi constă în două tipuri : amebian şi neamebian (piogen). Diferenţa are importanţă, deoarece clinica, tratamentul şi prognosticul sînt diferite.

**Abcesul amebian** (rezultat al infecţiei cu Entamoeba histolytica) se tratează **conservator,** adică prin administrare de amebicide şi puncţie-aspiraţie. Iniţial, cît timp trebuie făcută încă diferenţa între o hepatită amebică şi un abces, se instituie tratamentul cu clorhidrat de emetină, doze de 0,065 g pe zi pînă s-au dat 0,39—0,65 g în total. Trebuie ţinut cont că acest medicament este o toxină protoplasmică şi că poate da leziuni miocardice. Alţii preferă clorochina 0,09 g în prima zi şi 0,3 g zilnic, timp de 20 de zile, pînă ce s-a dat un total de 6,9 g.

Cei mai mulţi pacienţi cu hepatită amebiană răspund bine la tratamentul cu amebicide. Dacă nu răspund înseamnă că există supuraţie şi că este indicată, în plus, **evacuarea abcesului.** Evacuarea unui abces amebian se face prin drenaj închis : puncţie-aspiraţie, contaminarea cavităţii peritoneale fiind un pericol inutil. Procedeul se execută, însă, cu precauţii maxime de sterilitate, deci în sala de operaţie (infecţia secundară creşte riscul !). Imediat ce s-a pătruns în abces se aspiră un puroi tipic (sos de ciocolată). Se aspiră cît mai mult posibil, de la cîteva sute de ml la 1 000—3 000 ml. După aceasta, rareori va mai fi necesară o altă puncţie-aspiraţie. Astfel tratat, conservator, prin aspiraţie şi emetină, mortalitatea a scăzut la 4%, pe cînd drenajul deschis a dovedit un prognostic mult mai grav. Drenaj deschis (incizie-drenaj) se va face numai atunci cînd în materialul aspirat am găsit microbi piogeni (ceea ce este foarte rar).

**Abcesul piogen** se tratează prin **antibiotice** şi drenaj deschis (chirurgical). **Antibioterapia** se indică pe baza rezultatului hemoculturii sau a examenului cultural din puroiul care a fost drenat. Pînă



Scanned with OKEN Scanner

vine rezultatul se poate face un calcul considerînd sursa primitivă de infecţie. Astfel, abcesele piogene secundare infecţiilor tractului biliar sau gastrointestinal (după apendicită sau diverticulită) sînt provocate, de obicei, de bacterii Gram-negative. Dimpotrivă, abcesele piogene secundare septicemiei sînt date, de obicei, de cocci Gram-pozitivi. Teoretic se preferă tetraciclinele care ating mari concentraţii în ficat şi în căile biliare.

**Drenajul chirurgical** este indicat în abcesul solitar sau în abcesele multiple mari. Calea de acces şi incizia depind de poziţia abcesului. Pot fi transtoracică sau transabdominală, dar cheia este ca abordarea să fie extraseroasă, pentru a nu mai contamina cavităţile seroase neinfectate. Totuşi, dat fiind agenţii antimicrobieni de care dispunem azi, drenajul transperitoneal nu mai este asociat cu mortalitate şi morbiditate prohibitive. În momentul drenajului, din conţinutul cavităţii trebuie făcut frotiu şi examen cultural (aerob şi anaerob). Trebuie excizat chiar un segment din membrana abcesului, pentru cultură şi evaluare histologică. Complicaţiile (abces subfrenic, piopericard) se drenează concomitent.

**ASCITA.** Este definită drept acumularea de lichid (transudat, exudat) în cavitatea peritoneală, avînd o etiologie plurifactorială, şi în accepţiunea curentă ea prezintă un element definitoriu al cirozei hepatice.

Pentru tratament este important de precizat etiologia, în multe cazuri eficienţa tratamentului fiind condiţionată de suprimarea cauzei. În acest sens, distingem ascita : 1. În cadrul unei boli generale cu hipoproteinemie sau disproteinemie (sindrom nefrotic, sindrom de malabsorbţie). 2. În hipertensiunea venoasă : a) portală, cea mai frecventă, realizată prin baraj : presinusoidal (tromboza venei splenice, pileflebită şi tromboza venei porte) ; sinusoidal (ciroza hepatică şi ascita „reversibilă" din hepatite) ; şi postsinusoidal (tromboza venelor suprahepatice Budd-Chiari) ; b) insuficienţa ventriculară dreaptă sau globală. 3. În afecţiunile peritoneale : tuberculose (forma ascitică pură), neoplazice (carcinomatoza peritoneală, tumorile ovariene, sindrom Demon-Meigs). Oricare ar fi, însă, cauza iniţiatoare trebuie subliniată antrenarea în mecanismul patogenetic, în afara unor factori locali, a unei dereglări în homeostazia sanguină, vasculară ca şi a mecanismului cibernetic de reglare a economiei hidroelectrolitice.

Ascita cirotică beneficiază de un **tratament diferenţiat.**

1. **Într-o primă etapă, repausul la pat, restricţia sodată** (20—25 mEq/zi) şi **regimul** bogat în proteine şi vitamine (cură de

lămîie : 3—4/zi, plus **medicaţia hepatotropă** ergonală pot avea efecte favorabile, ameliorînd diureza şi diminuînd edemele şi lichidul ascitic în decurs de 10—14 zile.

Dacă nu se obţin rezultate, se va adăuga **corticoterapia** (40 mg Prednison ca doză de atac trei—cinci zile, apoi 30—20 mg (vezi schema de la „ciroze" şi „hepatita cronică"). De menţionat administrarea dozei totale de Prednison în prima parte a zilei, în două prize, la orele 6—12, avînd în vedere ritmul circadian de secreţie al hormonului corticoid. Se adaugă Clorură de K 2—3 g/zi. Se va avea în vedere determinarea glicemiei tot la două—trei zile, a electrolitemiei, ureei, creatininei, hematocritului, ionogramei urinare, ureei urinare, precum şi aprecierea lichidelor intrate şi eliminate.

Sub acest tratament se declanşează diureza, iniţial apoasă, prin scăderea reabsorbţiei la nivelul tubilor renali, apoi sodică, prin efect antialdosteronic (direct şi indirect : prin refacerea volemiei de către lichidele extracelulare care trec în circulaţie). Cînd tratamentul cortizonic se prelungeşte se vor asocia şi antibiotice cu spectru larg.

3. Cînd ascita este rezistentă la această terapie se apelează la **medicaţia diuretică** : tiazidice, antialdosteronice sau acidul etacrinic. La alegerea diureticului se va ţine cont de efectul diuretic optimal pe lîngă minimele efecte secundare indezirabile, iar doza eficace se va stabili prin tatonare. De preferat este asocierea şi alternanţa diureticelor. Se poate începe cu Furosemid (Lasix, Furantril), care are efect natriuretic puternic şi o eliminare scăzută de K : se dau două comprimate à 40 mg dimineaţa, timp de două—trei zile, apoi, în funcţie de reducerea ascitei, se dau la două zile sau de două ori pe săptămînă, reducîndu-se doza la un comprimat. Se poate alterna cu Spironolactonă (Aldactona) pentru corectarea hipokaliemiei (se ştie că are efect antialdosteronic competitiv, diminuînd excreţia K şi împiedicînd reabsorbţia Na şi Cl) : trei tablete (75 mg) pe zi, două dimineaţa şi una la prînz (dacă se dă singură se vor administra doze mai mari 100—200 mg/zi, izolat sau asociat cu alte tiazidice) ; provoacă o diureză puternică sodică şi apoasă. Acidul etacrinic (Edecrin) este un diuretic puternic dar grevat de reacţii adverse (digestive) şi spolieri marí electrolitice (hipokaliemie).

Dacă cu toată medicaţia diuretică diureza scade şi ionograma sanguină indică o hiponatremie se va recurge la : a) restricţia de apă (se apreciază după urina de 24 h+300 ml) ; b) administrarea de potasiu ; 40—100 mEq/24 ore ; c) provocarea unei diureze osmotice : perfuzie cu Manitol 20%, 500 ml în 90 minute.

Scanned with OKEN Scanner

Acţiune bună poate avea şi administrarea de plasmă desodată, dată în cantitate suficientă şi timp îndelungat în vederea corectării deficitelor tisulare şi plasmatice.

4. Ca o ultimă soluţie medicală a terapiei ascitei în cazul rezistenţei ei la tratamentele anterioare sau date fiind tulburările mecanice induse se va recurge la **paracenteză.** Deşi uşurează pentru moment, ea are acţiune defavorabilă asupra economiei proteinice şi electrolitice şi asupra stării psihice a bolnavului, mai ales că evoluţia progresivă impune repetarea ei la intervale tot mai scurte (fig. 70).

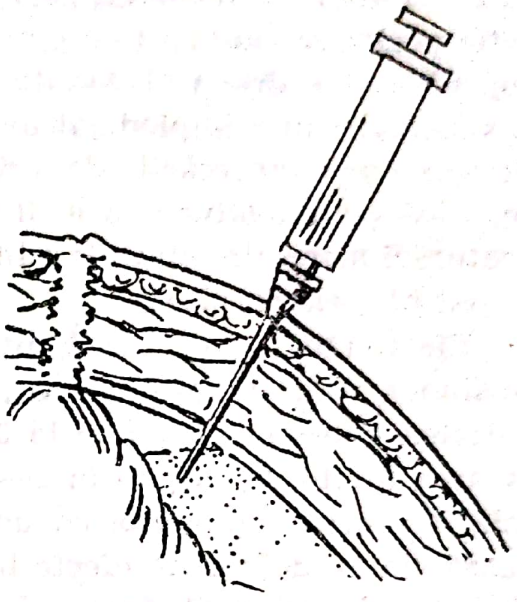


Fig. 70.

Se recomandă evacuarea în cantităţi moderate 3—4 l la intervale de 7—10 zile. Se poate aplica metoda lui Michon şi Kling de autoreprotidizare prin perfuzie de lichid ascitic după o concentrare prin congelare la 20° (se obţin soluţii cu o concentraţie proteică de 62—122 g‰). **S-au observat vindecări neaşteptate** de ascite după o singură paracenteză, alteori ascita se rezolvă după mai multe puncţii (4—10); în special se obţine dispariţia ascitei la ciroticii luetici şi alcoolici la care lobul stîng este hipertrofiat. Puncţiile şi spălăturile cu adrenalină şi cortizon în apă distilată (Haţieganu) dau uneori foarte bune rezultate (se evacuează 1 500 ml lichid ascitic şi se introduce o cantitate identică de apă distilată cu 1 mg adrenalină şi 100 mg cortizon).

Dintre accidentele paracentezei sînt de reţinut : sincopa, edemul pulmonar „ex vacuo" (după evacuări bruşte), hemoragii grave ale peretelui ; se adaugă precipitarea comei parenchimatoase sau a comei diselectrolitice.

5. **Tratamentul chirurgical,** greu acceptat de bolnavi şi puţin recomandat de internişti fiind grevat de o mortalitate încă ridicată, oferă uneori soluţii eficiente. S-au imaginat numeroase procedee şi o oarecare confuzie domneşte în alegerea lor. Foarte multe dintre aceste procedee nu se mai aplică astăzi, ele s-au dovedit ineficace Astfel, procedeele de drenaj extern al ascitei sînt periculoase prin infectarea lichidului şi prin deperdiţia caşectizantă a bolnavului (drenaj extern permanent ; drenaj peritoneovezical ; dre-

Scanned with OKEN Scanner

naj peritoneoureteral). Nici procedeele de drenaj intern nu s-au dovedit eficace, suprafața de producere a ascitei fiind cu mult mai mare decît suprafața de drenaj (drenaj peritoneocav indirect : peritoneocelular, peritoneomuscular sau peritoneointestinal, așa-zisa ileoentrectopie ; drenaj peritoneocav direct : anastomoza v. safene interne cu peritoneul). Dar nici procedeele de derivație portocavă indirectă nu au avut eficiență : omentopexiile, splenopexiile. Iar drenajul canalului toracic prin implantarea sa în v. subclavie nu a împiedicat niciodată acumularea de lichid ascitic. De asemenea, încercările de a degreva hipertensiunea portală intrahepatică prin ligaturarea a. hepatice la diferite niveluri sau prin ligaturări arteriale multiple (chiar ligaturarea trunchiului celiac) nu au dat nici ele rezultate.

Efecte mai bune au fost obținute prin operația care scade hipertensiunea sinusoidală din ficat, șuntul portocav latero-lateral. Mortalitatea operatorie ajunge la 30—40%, iar în caz de supraviețuire uscarea ascitei se obține în 25—30%. După anastomoza latero-laterală, v. portă acționează ca un conduct hepatofug și decongestionează sinusoidele. Alte efecte bune au fost obținute și prin operațiile, care favorizează drenajul limfatic al ficatului spre circulația limfatică generală : extraperitonizarea lobului hepatic drept sau extraperitonizarea intestinului subțire, după cum lichidul de ascită se produce localizat pe suprafața lobului hepatic drept sau producția sa s-a generalizat și transudarea limfatică se face și la nivelul seroasei enteromezenterice. Toate aceste operații necesită condiții biologice de execuție : serum albumine >3 g%, raport albumine/globuline >0,80, timol <16 u.M.L., retenție B.S.P. <30%, bilirubina <4 mg%, indice de protrombină >60%.

Celelalte ascite au aspecte terapeutice particulare. Ascita cardiacă beneficiază de măsuri igienodietetice la care se adaugă tratamentul tonicardiac și diuretic, ascita renală de corticoterapie și diuretice, ascita peritonitică tuberculoasă de tratamentul tuberculostatic și laparotomie cu expunere la ultraviolete, sindromul Demon-Meigs de ablația chistului sau a tumorii ovariene iar ascita trombotică portă sau suprahepatică necesită rezolvare chirurgicală.

**BIOPSIE HEPATICA.** Este o metodă de explorare care oferă un diagnostic patologic precis. Metoda percutanată cu acul Menghini este tehnica uzuală. Complicații semnificative apar rar, 0,23%. Hemoragia este accidentul serios cel mai frecvent și cauza majoră de deces. De asemenea, peritonita biliară, care poate necesita drenaj chirurgical, dar care cu tehnica Menghini este excepțională.

Scanned with OKEN Scanner

**CATETERIZAREA VENEI OMBILICALE.** Procedeu de repermeabilizare a venei omfalice aflată la baza ligamentului falciform. Cateterizarea se practică cu ajutorul unor dilatatoare de calibre diferite.

Repermeabilizarea venei ombilicale a fost folosită pentru prima dată în tratamentul hipertensiunii portale de către Léger (1962), care a realizat prima anastomoză omfalocavă. Anastomoza omfalocavă este mult mai ușor de executat decît o anastomoză portocavă tronculară. Indicația majoră a repermeabilizării v. ombilicale și a

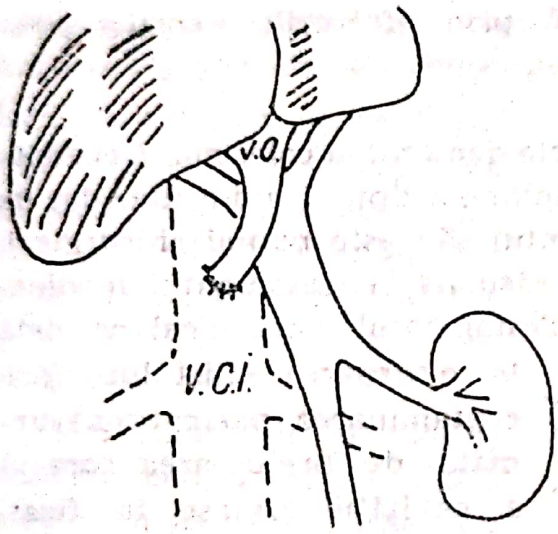


Fig. 71.

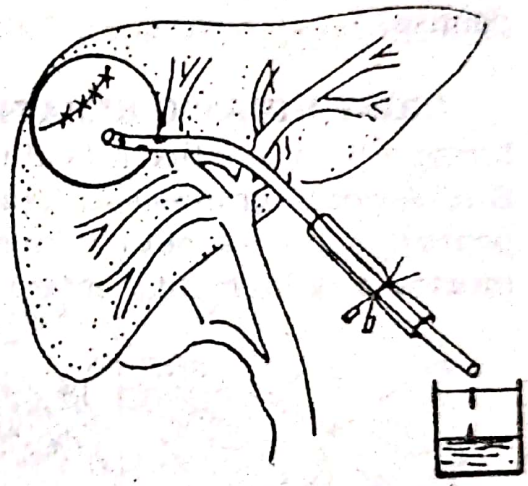


Fig. 72.

anastomozei omfalocave este ciroza cu hipertensiune portală Cruveilhier — Baumgarten, dacă vena are un diametru mai mare de 1 cm (fig. 71).

Tot în cazul hipertensiunii portale a mai fost efectuată și anastomoza omfalosafenă. În chirurgia biliară, cateterizarea venei ombilicale poate fi folosită pentru drenajul indirect al coledocului. După repermeabilizarea ei, cu ajutorul unui instrument special se pătrunde pînă la nivelul canalului coledoc plasîndu-se un tub ce este scos prin vena omfalică (D. Burlui) (fig. 72).

**BUDD-CHIARI** (sindrom). Este desemnarea eponimică a ocluziei simptomatice a venelor suprahepatice, oricare ar fi cauza ei. Odată ce simptomele au apărut, boala evoluează fatal într-un mare procent.

**În forma sa acută,** prea puțin se poate face din punct de vedere terapeutic. Decesul survine în cîteva ore sau în trei — patru săptămîni. Procedeele de șunt portocav nu au avut succes. Cîteodată este indicată laparotomia exploratorie, pentru că ea ar putea duce la eli-

minarea unor cauze rezolvabile (de exemplu, la evacuarea unui mare şi compresiv hematom intrahepatic).

**În forma sa cronică** sînt posibile rare supravieţuiri de mai mulţi ani. În acest caz este esenţial **tratamentul medical** al bolii hepatice de bază şi al celei rezultate. Un timp putem controla ascita şi edemul printr-un regim de restricţie a aportului de sodiu şi de folosire a diureticelor, dar sînt necesare paracenteze repetate. Dacă se asociază hipertensiune portală se pot încerca procedee de şunt portocav, dar rezultatele au fost indiferente. Apar frecvente decese în perioada postoperatorie precoce. Pacienţii care supravieţuiesc au **ascită** netratabilă, slab influenţată prin eforturile noastre terapeutice.

**CHIST HIDATIC HEPATIC.** Este denumirea celei mai frecvente forme a bolii hidatice a ficatului, anume a tipului unilocular dat de Echinococcus granulosus. **Tratamentul său este numai chirurgical**, pentru că nu s-a obţinut nici un răspuns la tratamentul medicamentos sau la roentghenterapie. Tratamentul chirurgical consistă în extirparea chistului (fără contaminarea pacientului) urmată de prelucrarea corectă a cavităţii rămase în ficat.

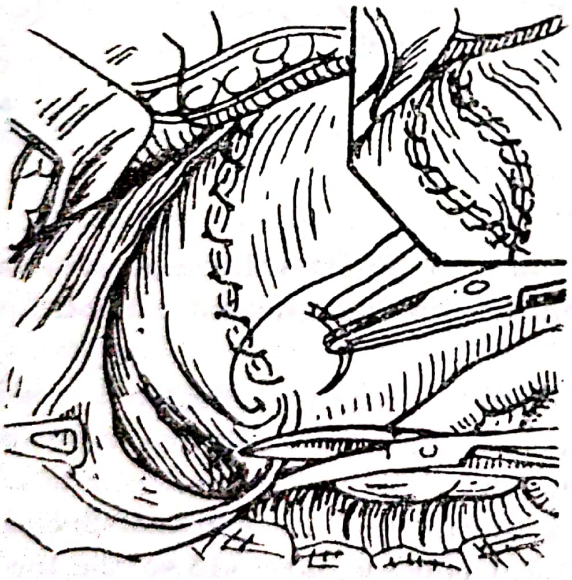


Fig. 73.

**Extirparea chistului** se execută prin excizia veziculei hidatice, evitînd diseminarea. Pentru aceasta chistul se goleşte prin puncţie, după laparotomie şi i se sterilizează conţinutul prin introducerea unei soluţii de formol 2% care se lasă să acţioneze 10 minute, după care se aspiră. În continuare pentru îndepărtarea chistului se foloseşte planul de clivaj natural care există între stratul germinativ şi adventice (fig. 73). Uneori, se poate face excizia totală a chistului hidatic (adventice cu veziculă hidatică) folosind parenchimul adiacent adventicei ca plan de disecţie („capsulectomia" lui Constantini) (fig. 74). În sfîrşit, pentru chiste mai mari sau pentru chiste multiple sînt indicate hepatectomia parţială sau rezecţia hepatică reglată. Dacă sînt chiste hidatice multiple sau chiste asociate în alte organe, la început

Scanned with OKEN Scanner

se tratează leziunile cele mai mari. Deşi este posibil să se evacueze mai mulţi chişti într-o singură operaţie, de obicei sînt necesare mai multe operaţii.

**Prelucrarea cavităţii rămase în ficat** se poate face prin mai multe procedee : sutură fără drenaj, marsupializare şi drenaj cu epiplonoplastie.

Sutura fără drenaj (capsulorafia) este indicată în chistele curate, cu un strat adventicial neted şi contaminare minimă cu bilă. Cavitatea chistului se umple cu soluţie fiziologică sterilă (pentru a preveni scurgerea de bilă în continuare) şi se suturează adventicea fără drenaj. Pentru securitate, peritoneul parietal al peretelui abdominal anterior poate fi suturat la periferia capsulei, aşa încît orice infecţie secundară produsă în cavitatea restantă să poată fi drenată fără ca să mai trecem prin cavitatea peritoneală.

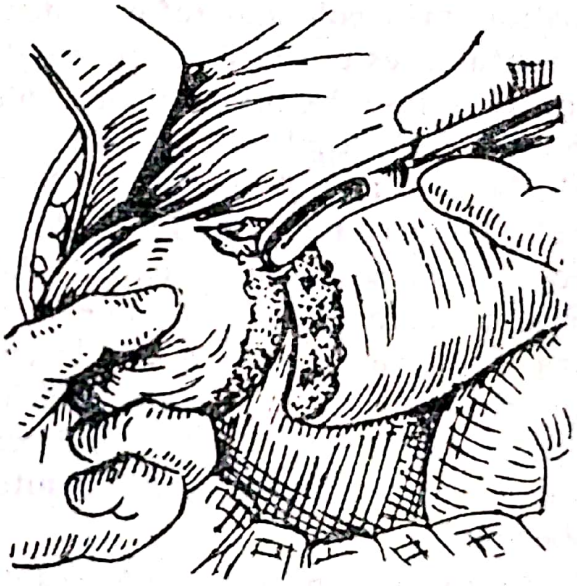


Fig. 74.

Marsupializare şi drenaj indicăm pentru chiste mari, pentru chiste infecţioase sau care comunică cu căile biliare sau cu arborele bronşic, pentru chiste calcificate, pentru chiste care conţin lichid puţin sau conţin o abundenţă de membrane sau vezicule-fiice şi pentru cazurile unde chirurgul nu este sigur de evacuarea completă a conţinutului hidatic. Procedeul constă în sutura marginilor cavităţii la peretele abdominal şi introducerea mai multor drenuri în profunzimea cavităţii. Cavitatea restantă se va vindeca per secundam şi procesul de vindecare va ţine luni şi chiar ani de zile. O variantă a marsupializării este drenajul închis al cavităţii restante, printr-un cateter conectat la aspiraţie.

Epiplonoplastia poate fi tentată în chistele mari. După ce vezicula hidatică s-a extirpat, epiploonul este adus pentru a umple cavitatea şi pentru a fi suturat la periferia capsulei fibroase. Pediculul vascular al epiploonului serveşte la absorbţia lichidului. Avantajul procedeului asupra marsupializării constă în morbiditatea mai scăzută şi în evitarea lungilor perioade de drenaj.

Scanned with OKEN Scanner

**Tratamentul chistelor complicate** pune probleme serioase. Chistul cu calcificarea totală sau întinsă a peretelui conține, de obicei, un parazit mort. Operația poate fi însoțită de dificultăți tehnice și morbiditatea postoperatorie poate fi încărcată de infecție secundară și drenaj prelungit. De aceea, intervenția chirurgicală trebuie evitată, dacă este posibil. Dacă nu, ea trebuie să consiste în evacuare și sutură, cu un tub de dren așezat în vecinătatea adventicei. Chistul cu ruptură intrabiliară, fie că este infectat sau nu, trebuie tratat prin marsupializare după curățirea adventicei. Dacă se asociază obstrucția coledocului sînt indicate coledocotomie cu drenaj cu tub T. În cazul cînd pacientul s-a prezentat cu icter mecanic se face coledocostomie și se drenează și chistul în aceeași operație, dacă poate fi expus. Cînd chistul nu poate fi identificat la prima operație, el va fi localizat prin colangiografie postoperatorie pe tub T. Dacă starea pacientului este gravă în momentul primei intervenții este mai bine să se lase drenajul chistului hidatic hepatic pentru o intervenție ulterioară. Ruptura chistului în cavitatea peritoneală se tratează prin laparotomie și curățirea minuțioasă a întregii cavități peritoneale, inclusiv toate fundurile de sac. În ciuda acestei tactici, este probabil să se dezvolte chiștii abdominali secundari în decursul timpului, ceea ce obligă la o urmărire prelungită a operatului. Ruptura intratoracică care a dus la comunicarea între chist și pleură sau arborele bronșic se tratează prin evacuarea și drenajul chistului hepatic. Dacă există leziuni pulmonare ireversibile sau întinse, în timpul doi se face rezecția țesutului pulmonar interesat, chiar lobectomie.

În cazurile necomplicate rezultatele tratamentului chirurgical sînt excelente și mortalitatea și morbiditatea postoperatorii scăzute. În oricare dintre operațiile executate trebuie să se evite contaminarea peritoneului și a plăgii, pentru că în cazul unei asemenea complicații se prevede o echinococcoză secundară în 50% din cazuri. Pentru a urmări această eventualitate vom supraveghea pacientul în continuare și vom face teste de laborator la fiecare trei luni (teste de fixare a complementului, reacția Casoni etc.).

**CIROZĂ HEPATICĂ.** Este suferința hepatică progresivă cu alterarea profundă a structurii hepatice a cărei expresie clinică majoră o constituie hipertensiunea portală. Ciroza hepatică se prezintă sub o multitudine de forme etiopatogenetice : ciroze postnecrotice, ciroze carențiale (alcoolică), ciroze biliare și ciroze prin procese de înmagazinare (hemocromatoză, degenerescență hepatolenticulară). Este de subliniat faptul, cu implicații terapeutice, că și ciroza poate

Scanned with OKEN Scanner

evolua ondulant, cu perioade de staţionare (stabilizare ?) şi perioade active (cu semne de intensă stimulare mezenchimală). Va trebui ţinut cont de faptul că ciroticul este un bolnav deosebit de fragil şi că în orice moment evoluţia bolii poate fi precipitată de o operaţie chirurgicală sau de folosirea intempestivă a unor medicamente : diuretice, opiacee şi chiar somnifere. Unii factori lipotropi sau o încărcare proteică alimentară pot fi de asemenea nocive. Indicaţiile terapeutice vor ţine cont de stadiul evolutiv, ceea ce presupune căutarea cu atenţie a semnelor de decompensare.

**Tratamentul profilactic,** mai mult decît în orice alt domeniu, îşi dovedeşte adevărata sa valoare. El vizează atît tratamentul corect al afecţiunilor cu potenţial cirogen (hepatita cronică, steatoza hepatică, colestaza intrahepatică cronică, hemosideroza etc.) cît şi menţinerea în stadiul de compensare (vasculară şi parenchimatoasă) pe o perioadă cît mai îndelungată a cirozelor.

Aceasta se realizează prin măsuri igienodietetice comune tuturor hepatopatiilor, aplicare de medicaţie ergotropă (vitamine), imunosupresoare (acolo unde există o amorsare imunologică), etiologică unde este cazul (hemocromatoză, boală Wilson, angiocolite) şi stimulatoare a regenerării hepatice. Se va avea în vedere suprimarea medicamentelor hepatotoxice (androgeni, largactil etc.), suprimarea completă a alcoolului şi un regim alimentar echilibrat.

**Tratamentul curativ** al cirozei decompensate are o conduită unică cu unele particularităţi în funcţie de diversele forme clinico-etiologice.

1. **Măsuri terapeutice cu caracter general.** Repausul la pat va fi relativ (16—18 ore pe zi) în faza compensată şi absolut în faza ascitică ; pe măsura reducerii ascitei (şi edemelor), pe lîngă o funcţie hepatocelulară adecvată se trece la un repaus relativ cu clinostatism prelungit (12—14 ore/zi).

Alimentaţia dietetică presupune un regim echilibrat hipercaloric cu sursa principală hidraţii de carbon şi proteinele (se vor reduce în encefalopatia portocavă). Dieta va conţine 1,5 g proteine, 5—6 g glucide şi 1 g lipide pe kg/corp (aproximativ 3 000 calorii). Va fi bogat în vitamine şi se vor elimina alcoolul, conservele, grăsimile animale.

Se vor consuma : carne de animal tînăr, brînză de vaci, caş, peşte de apă dulce, lapte, pîine albă fără sare, paste făinoase, zahăr (30—35 g/zi), orez, griş, legume şi fructe proaspete, uleiuri vegetale şi cantităţi mici de grăsimi animale (unt 10—15 g/zi, smîntînă sau frişcă 50 g/zi). Dieta va fi strict desodată (sub 1 g ClNa/zi), motiv pentru care se vor exclude alimentele bogate în sare : carnea de vacă, miel, porc, vînat, peşte de mare, mezeluri, margarină, măsline,

Scanned with OKEN Scanner

ciocolată, cacao plus medicamentele cu sodiu și apele minerale. Se adaugă sare fără sodiu (KCl 2—3 g/zi).

2. **Tratament etiologic.** Constă în suprimarea alcoolului, îndepărtarea medicamentelor și substanțelor chimice toxice și alergizante, eliminarea Fe și Cu (Desferal, Penicilamina), tratamentul medicamentos al infecției căilor biliare (cu antibiotice conform antibiogramei).

3. **Tratament patogenetic.** Se adresează marilor sindroame fiziopatologice din cursul cirozei :

a) Hipertensiunea portală majoră (cu hemoragii masive din varicele esofagiene) beneficiază de tratament chirurgical, anastomoze portocave.

b) Tratamentul ascitei și edemelor presupune o ierarhizare a mijloacelor terapeutice. Se pot obține rezultate favorabile și numai prin repausul la pat și regim desodat. Într-o a doua etapă se poate recurge la corticoterapie care prin mecanisme multiple (ameliorarea funcției hepatice, creșterea filtratului glomerular, efect antialdosteronic) poate realiza secarea unor ascite. Se dau doze moderate : 40 mg Prednison, apoi 30—20 cu sevraj-ul corespunzător. Dacă nu se obțin rezultate se vor asocia diureticele sub controlul strict al ionogramei sanguine și urinare (pericol : insuficiență renală funcțională fatală). Avînd în vedere depleția sodică urmărită și conservarea capitalului potasic se preferă saluretice (Lasix) sau antialdosteronice (Spirolactona, Aldactona, Triamteren). Lasix-ul se poate administra la început în doze de 80—120 mg (2—3 tablete), apoi pe măsura reducerii ascitei se scade la 1 tabletă, apoi 1 tabletă la două zile, 2 tablete pe săptămînă. Aldactona se poate da în primele zile în doze de 300—400 mg (3—4 tablete a 100 mg), apoi se continuă 100 mg/zi sau trei — patru zile pe săptămînă. Asociația Aldactonă-Prednison pare să dea cele mai bune rezultate.

Creșterea azotemiei peste 0,50 g% denotă scăderea filtratului renal ; asocierea cu hipovolemie și hiponatremie anunță tulburări foarte grave. Se întrerup diureticele și se adaugă NaCl 1—2 g/zi, sau 2 g/săptămînă.

Paracenteza se practică numai cînd s-au epuizat toate mijloacele de tratament : evacuări moderate, trei—patru la patru—cinci zile, cu eventuală autoperfuziune a lichidului de ascită.

c) Sindromul hemoragipar și hemoragiile beneficiază de tratamentul parenteral cu vitamină K ; tratamentul hipersplenismului (corticoterapie sau splenectomie) ; sondă Blackmore (în hemoragiile din varicele esofagiene) și antifibrinolitice (EAC) în hemoragiile cataclismice (fibrinoliză acută). În hemoragiile digestive înalte se

Scanned with OKEN Scanner

poate încerca perfuzia intravenoasă sau intraarterială de vasopresină (40 u/24 ore).

d) Tulburările nervoase cu caracter reversibil (encefalopatie portocavă, comele hidroelectrolitice) beneficiază de tratament medicamentos : perfuzii cu acid glutamic (Multiglutin) sau Aspatofort (3—4 g/zi), antibiotice cu spectru larg (Negamicin) și lactuloză (pentru influențarea disbacteriozei intestinale, flora de putrefacție), reechilibrarea hidroelectrolitică (vezi și „insuficiența hepatică").

e) Pruritul (din ciroza biliară) ; Colestiramina (Questran).

4. **Tratamentul ergonal și stimularea regenerării.** Corticoterapia și anabolizantele favorizează regenerarea hepatocelulară, metabolismul protidic, sintezele proteice și enzimatice. Se fac cure de aproximativ două luni, cu pauze de două luni, de cîte 5—800 mg/cură Prednison. Se asociază cu Naposim 2 tablete/zi, tot în cure intermitente. Vitaminoterapie cu vitaminele $B_{12}$, $B_6$, E, A, PP ce se vor administra în serii de 10—15 zile.

Acidul orotic (singur sau asociat cu baze pirinice : Lactinium, Purinor) contribuie la ameliorarea regenerării morfofuncționale hepatice. Acidul aspartic are efecte similare. Multiplele așa-zise „preparate hepatice" comercializate sub diverse denumiri atestă ineficacitatea lor ; nu trebuie ignorat, de asemenea, un anumit grad de agresivitate a lor (în hepatopatiile cu amorsare imunologică).

În ciroza etilică (cu steatoză) se vor administra factorii lipotropi : Metionină, Cholină (Mecopar : 4—6 tablete/zi). În ciroza biliară se adaugă coleretice și colagoge (Anghirol, Carbicol, Boldocolin). În ciroza pigmentară se recurge la flebotomii repetate cu sîngerări de 500 ml, la două—șapte zile, apoi la intervale mai mari timp de 1—3 ani. Se adaugă chelanți ai ferului : Desferal. În ciroza hepatolenticulară (boala Wilson) : D-penicilamină în doze de 1—4 g/zi, plus sulfură de K, 3×20 mg/zi pentru eliminarea fecală a cuprului.

**COLESTAZĂ INTRAHEPATICĂ** (C.I.H.). Este definită ca o diminuare a debitului biliohepatocitar sau canalicular ; de fapt este o diminuare a debitului sărurilor biliare.

Clinic se traduce prin icter, prurit, steatoree, malabsorbția vitaminelor liposolubile și a calciului, decolorarea scaunului. Biologic, cresc bilirubina conjugată și sărurile biliare în sînge, cresc lipidele totale colesterolul și fosfolipidele, crește concentrația sanguină a unor enzime (fosfataza alcalină, 5-nucleotidaza, gama-glutamiltranspeptidaza). Pentru diagnostic mai sînt utile : cromocholoscopia la BSP și clearanceul la BSP ($P_2$ la 44′—120′).



Scanned with OKEN Scanner

Pentru tratament și profilaxie sînt importante circumstanțele etiologice în care survine C.I.H. : a) colestaza recurentă benignă (Summerskil-Walshe) ; icterul colestatic recidivant al gravidității ; c) colestaza medicamentoasă ; d) formele colestatice ale hepatitei virale ; e) ciroza biliară primitivă ; f) colangita sclerozantă primitivă ; g) colestazele intrahepatice asociate (în hepatită virală, ciroze, hepatită alcoolică, rectocolită ulceroasă, boală Crohn).

**Tratamentul** este comun tuturor formelor de colestază și constă în corticoterapie, drenaje biliare și inducție enzimatică. **Corticoterapia** influențează hidrocolereza și factorul inflamator asociat colestazei ; este contraindicată în steatozele icterigene, pentru că accentuează citoliza. Se dau, în general doze modice (40 mg Prednison, doză inițială cu sevraj-ul cunoscut.

**Drenajele biliare** constau în administrarea de coleretice (Anghirol, Boldocholin) și tubajele duodenale repetate cu instilații duodenale de procaină (cuparea reflexului duodenopasaj Hering).

**Inducția enzimatică** se realizează prin administrarea de fenobarbital (2×0,10 g/zi). Acțiunea sa constă în stimularea proliferării reticolului endoplasmatic neted, inducerea sintezei enzimelor, creștarea colerezei de origine hepatocitară acționînd, îndeosebi, asupra fracțiunii independente a acizilor biliari și creșterea Tg. m bilirubinei. Efectul său este favorabil în colestazele cu deficit parțial al glicuroniltransferazei (boala Gilbert), fiind ineficace în deficitul total al acesteia (boala Crigler-Najar).

Unii mai recomandă, pentru prurit, Colestiramina (Questran), care împiedică reabsorbția intestinală a sărurilor biliare (ori, în colestază acestea nu ajung în intestin). În acest scop se poate da Clorfenoxamin : 2×1/2 tablete/zi.

Pentru corectarea malabsorbției vitaminice, lipidice și calcice, se vor administra parenteral vitaminele K, A, D, E, acizii grași cu lanț mediu (care se absorb direct și în lipsa sărurilor biliare) și se vor face injecții cu calciu.

**ECHINOCOCCOZĂ ALVEOLARĂ A FICATULUI.** Este denumirea unei forme rare a bolii hidatice a ficatului, anume a tipului alveolar dat de Echinococcus multilocularis. Apare în ținuturi reci (Alasca, Rusia, Alpi). Se manifestă ca o tumoră fără capsulă și are tendință la metastaze multiple. În general, este considerată a fi fatală. Nu răspunde la tratament medicamentos și nici la marsupializare. Numai extirparea completă a leziunilor alveolare (prin rezecție de ficat) poate da aparența unei vindecări.

Scanned with OKEN Scanner

**ECHINOCOCCOZA FICATULUI.** Este o denumire pentru boala hidatică a ficatului, ea fiind provocată de două specii diferite ale parazitului Taenia echinococcus : Echinococcus granulosus (care dă tipul unilocular de boală — chistul hidatic) și Echinococcus multilocularis (care dă tipul alveolar de boală).

**ENCEFALOPATIE HEPATICĂ POSTȘUNT.** Este o consecință serioasă a șunturilor portocave care ar apare cam la 8—11% dintre operați. Principala cauză este considerată a fi ocolirea ficatului de către materialul azotat ce vine, în mod normal, din intestin prin venele mezenterice și care, după operație, nu mai poate veni. Aceasta duce la o creștere semnificativă a amoniacului în sînge (o „intoxicație cu amoniac"). Tocmai de aceea complicația apare mai frecvent după un șunt portocav decît după un șunt splenorenal, pentru că ultima operație permite ca mai mult sînge din intestin să treacă prin ficat (derivația e mică). O altă cauză, care se asociază celei enunțate mai sus, este starea de rea funcționare a celulei hepatice. De aceea, complicația apare mai frecvent la pacienți în vîrstă, la pacienți cu funcție hepatică relativ alterată în momentul operației și la cei ce au mai avut encefalopatie în antecedente.

**Prevenirea** acestei complicații poate fi încercată prin curățirea intestinului și folosirea neomicinei pre- și postoperator. După operație trebuie să se continue neomicina și să se limiteze aportul de proteine. Totuși, encefalopatia poate apărea și se poate croniciza, mai ales la pacienții în vîrstă, unde apar semne EEG anormale și chiar episoade de comă hepatică. Teama de apariția unei asemenea complicații este unul dintre argumentele aduse împotriva executării profilactice a șunturilor portocave și ea a ridicat unele îndoieli chiar asupra rațiunii indicației șuntului portocav la orice pacient ce suferă de hemoragie.

**EXTRAPERITONIZARE HEPATICĂ.** Este, de fapt, extraperitonizarea lobului hepatic drept, operație imaginată de D. Burlui pentru uscarea ascitelor moderate în cursul sau după ineficiența tratamentului medical. Se bazează pe faptul că în cazul ascitei de natură predominent hemodinamică (și deci nu hepatocelulară) lichidul se produce la nivelul suprafeței hepatice și, apoi, se rezoarbe trecînd în circulația sistemică prin intermediul rețelelor limfatice subperitoneale. Or, dintre acestea, rețeaua limfatică subperitoneală diafragmatică din partea dreaptă are cea mai mare capacitate de rezorbție și pe aceasta o vom folosi (fig. 75).

Scanned with OKEN Scanner

Operația este indicată numai la ciroticii cu ascită recidivantă după întreruperea tratamentului medical, dar la care lichidul nu se reface rapid iar starea lor generală este încă satisfăcătoare (absența icterului, serum-albumine peste 3 g%, raportul albumine/globuline peste 0,80, timolul sub 16 u.M.L. și retenția de BSP sub 30%). Dar, hotărîrea definitivă se ia după deschiderea cavității peritoneale, cînd inspectăm aspectul macroscopic al ficatului și al seroaselor (îndeosebi al marelui epiploon). Condiția cea mai favorabilă pentru executarea operației este atunci cînd vedem sub capsula lui Glisson, mamelonată de noduli de regenerare hepatică, o bogată rețea limfatică de aspect lăptos, mărturie a stazei limfatice.

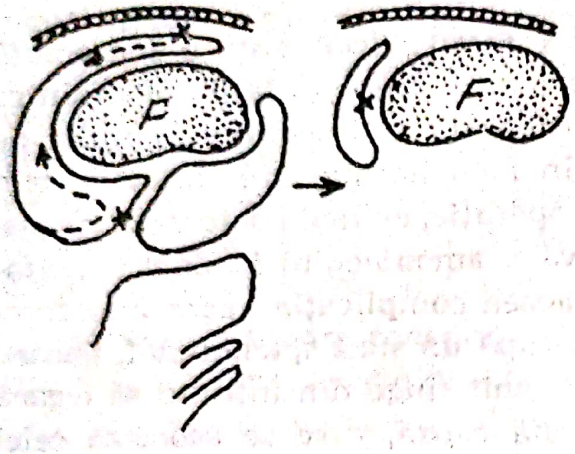


Fig. 75.

Operația este contraindicată în cazurile de ciroză avansată, cu evoluție rapidă și cu mari tulburări metabolice. Aici, transudarea este difuză și tabloul clinic este de ascită mare, nu moderată. Staza limfatică a depășit cu mult limitele ficatului și ale epiploonului și a atins nivelul jejunoileonului. În acest caz, lichidul peritoneal de transudare se produce nu numai la nivelul suprafeței hepatice, ci și la nivelul pediculului hepatic și la nivelul seroasei enteromezenterice. O extraperitonizare hepatică cu eficiență ar fi iluzorie.

**HEPATITĂ ACUTĂ VIRALĂ.** Afecțiune încă necontrolată terapeutic și în continuă creștere cu tot reculul (parțial) legat de descoperirea Ag Au (AAA), în care s-au pus mari speranțe prin realizarea unui vaccin specific.

Tratamentul variază în funcție de severitatea bolii și de prezența sau absența leziunilor extrahepatice (tractul intestinal, rinichi, sistemul limfatic, sistemul articular). Obiectivele tratamentului sînt: a) să prevină diseminarea bolii; b) să asigure depistarea/evitarea complicațiilor; c) să exercite control prelungit pentru prevenirea sechelelor. Se va acorda o importanță deosebită prevenirii și răspîndirii hepatitei. În acest sens, un efort deosebit trebuie depus pentru recunoașterea persoanelor cu hepatită înaintea apariției icterului, ca și pe cei care rămîn anicterici, întrucît aceștia reprezintă sursa majoră de diseminare a bolii.

Scanned with OKEN Scanner

**Măsurile de profilaxie** vor viza : a) pacienţii suspecţi de hepatită : nu este permis să se sărute cu alţii ; se vor lua măsuri pentru diminuarea posibilităţii de diseminare a agentului infecţios pe cale fecală, urină, sînge menstrual ; b) familia, prietenii, personalul medical, care vor fi foarte atenţi să-şi spele mîinile, să se dezinfecteze după contactul cu individul infectat ; c) acele şi instrumentele medicale care vor fi autoclavate ; obiectele de masă şi toaletă vor fi sterilizate ; d) personalul medical din unităţile de hemodializă care va lua măsuri de precauţie deosebite : imunizarea cu gama-globuline (2,5 ml) sau cu ser hiperimun ce conţine anticorpi anti HB Ag (sau cu vaccin, în perspectiva apropiată), precauţiune similară cu cei transfuzaţi.

**Tratamentul curativ** se adaptează formei clinice a bolii. Pacienţii vor fi spitalizaţi sau supravegheaţi strict la domiciliu pînă se va cunoaşte severitatea bolii şi capacitatea regenerativă a ficatului. Se va ţine cont de faptul că hepatita virală este, în marea majoritate a cazurilor, o boală benignă cu evoluţie ciclică ; în absenţa unui tratament etiologic, ea reclamă anumite precauţiuni, în primul rînd situîndu-se repausul.

1. **Hepatita acută, forma comună.** Tratamentul include : dietă potrivită, reducerea activităţii (repaus) şi tratamentul bolilor intercurente sau al complicaţiilor.

**Repausul va fi complet,** la pat, pe toată durata icterului, urmat de un repaus relativ de minimum două luni ; el trebuie să fie atît fizic cît şi intelectual. Poziţia culcată favorizează regenerarea morfofuncţională hepatică.

**Dieta** trebuie să nu reclame efort digestiv (dat fiind hipofermenţia biliopancreatică) ; să nu aibă acţiune hepatotoxică ; să fie suficientă în calorii şi să conţină material plastic, mineral şi vitaminic.

În săptămîna întîia se vor da : lichide zaharate, compot, marmeladă, lapte, supe de legume şi făinoase, brînză proaspătă, sucuri proaspete de legume şi fructe. În săptămîna a doua adăugăm carne de animal tînăr, unt proaspăt. În săptămîna a treia admitem regim complet, cu excluderea sosurilor, a conservelor de carne, a celulozicelor, a alcoolului.

Ca **măsuri terapeutice patogenetice** de ameliorare a funcţiilor hepatice şi favorizare a refacerii morfofuncţionale hepatice se vor prescrie : a) perfuzii cu fructoză şi vitamină C ; extracte hepatice liofilizate ; c) aplicaţii calde pe regiunea hepatică, ultrascurte (pentru ameliorarea circulaţiei hepatice) ; d) corticoterapie, aplicată cu multă prudenţă, avînd în vedere posibilitatea favorizării

Scanned with OKEN Scanner

cronicizării (blocarea răspunsului imun). Se va aplica numai în formele prelungite de icter (peste trei săptămîni), cu intensitatea atingerii funcției hepatocelulare și răsunet asupra stării generale (febră și astenie). Se începe cu 30—40 mg timp de șapte zile, apoi se scade progresiv tot la șapte zile, continuîndu-se aproximativ șase săptămîni.

În formele colestatice, la corticoterapie se asociază tubajele duodenale, de două ori pe săptămînă. Se adaugă inductorii enzimatici : fenobarbital tablete à 0,10, cîte 2 tablete/zi, timp de 1—2 săptămîni.

**Simptomatic,** se vor controla : pruritul : Doxergan tablete à 10 mg (1—4 tablete/zi) ; greața și vărsăturile : Emetiral, Primperan (Reglan) cîte 1 tabletă înaintea meselor ; agitația și insomnia : clisme cu cloralhidrat.

2. **Hepatita acută, forma fulminantă** (0,01%). Obiectivele tratamentului sînt întreruperea mecanismului cauzal și stimularea regenerării. **Planul terapeutic** cuprinde : a) hidrocortizon : 400 mg/i.v. în doze fragmentate și cu sevraj-ul respectiv, timp de două săptămîni ; b) glucoză 10% : 2 000 ml plus NaCl, KCl și vitamine ; c) tetraciclină 100 mg la 6 ore i.m. ; d) oxigen la mască.

În acest fel se poate recupera o bună parte dintre bolnavi. Nu s-a demonstrat vreo reducere semnificativă a mortalității după folosirea de acid glutamic, arginină, exsanguino-transfuzie, plasmaforeză.

3. **Hepatite acute cu etiologie mixtă** (virală+alcool+agenți hepatotoxici). Pe lîngă terapia menționată se mai adaugă : a) anabolizanți-androgenici, pentru accelerarea mobilizării grăsimilor din ficat : 40—60 mg/zi, timp de 10—12 zile ; b) Prednison : 40—60 mg/zi cu sevraj-ul corespunzător.

Pacienții care au avut hepatită acută vor fi urmăriți ambulator (clinic și biochimic) pe o perioadă de 1 an, pentru a depista : starea de purtător, recurența hepatitei (asimptomatică) și trecerea în cronicitate.

**HEPATITĂ CRONICĂ.** Este o modalitate evolutivă (într-un grad mai redus sau mai intens) a hepatitelor acute de diverse etiologii (în principal cea virotică). Se prezintă cu variate forme anatomoclinice : hepatita cronică persistentă (stabilizată), activă progresivă (agresivă) ; se adaugă formele colestatice și cele steatozice.

Tratamentul nu poate ignora, desigur, formele etiologice care conferă anumite particularități evolutive hepatopatiilor cronice. În

Scanned with OKEN Scanner

acest sens se poate vorbi de hepatite cronice postvirale (aproximativ 80%) și hepatite cronice de altă etiologie : a) infecțioase (virotică-nehepatitică, infecții bacteriene) ; b) parazitară (paludism, amibiază) ; c) toxică nutrițională, profesională și medicamentoasă; d) biliară (toate acestea reprezentînd hepatite cronice reactive, nespecifice).

Tratamentul va trebui să țină cont și de factorii favorizanți ai cronicizării : a) persistența virusului (AgAu) ; b) existența unei afecțiuni digestive asociate : ulcerul gastroduodenal, enterocolitele cronice, colecistitele cronice și litiaza biliară, colita ulceroasă.

De asemeni, se va avea în vedere evoluția naturală, adesea imprevizibilă, a hepatitei cronice, cu perioade de ameliorare-stabilizare și faze de activitate.

**Tratamentul profilactic** vizează factorii favorizanți și agravanți : a) profilaxia hepatitei de incubare : controlul antigenemiei Au la donatorii de sînge ; b) evitarea corticoterapiei în hepatitele acute ; c) repausul (clinostatism prelungit) și alimentația adecvată în convalescența hepatitei acute ; eliminarea alcoolului ; d) tratamentul corect al afecțiunilor digestive extrahepatice (biliointestinale, gastroduodenale și pancreatice) ; e) evitarea expunerii în medii toxice : Pb, benzen etc. precum și a medicației hepatotoxice : Fenotiazine, Largactil etc.

**Tratamentul curativ** se va adapta formei clinicoevolutive de hepatită cronică. De o terapie etiologică nu poate fi vorba pentru că nu dispunem încă de o astfel de terapie (în cazul hepatitei cronice cu persistența AgAu) sau pentru că factorul inițiator a încetat să mai existe și boala se dezvoltă prin momentul patogenetic : autoagresiune imunologică.

**În lipsa unei terapii etiologice se recurge la :**

**I. Măsuri terapeutice cu caracter general :**

1. **Repaus la pat** ; necesită 16—18 ore în hepatita agresivă, în timp ce în hepatita cronică persistentă bolnavul este capabil de activitate fără efort fizic.

2. **Alimentație adecvată** ; trebuie să fie completă, echilibrată și normocalorică. În hepatita cronică persistentă se recomandă un regim alimentar apropiat de normal, cu excluderea alcoolului și a alimentelor care prin pregătirea lor culinară reclamă un efort digestiv mai mare : sosuri, maioneze, conserve de carne, alimente îmbibate de grăsime în cursul pregătirii. Un regim mai „nuanțat" se va rezerva hepatitei cronice agresive, în care se vor evita proteinele ce conțin acizi aminați care intră în compoziția anticorpilor, precum și alimentele alergice : carne de miel, brînzeturi

fermentate, peşte congelat. Se admite carne slabă (de pasăre, peşte, vacă) rasol sau grătar, brînză de vacă. Hidraţii de carbon vor fi preponderenţi în raţie : paste făinoase, orez, griş, aluaturi nedospite, dulciuri, legume verzi şi zarzavaturi tinere (suc de morcovi) şi fructe crude sau în formă de compoturi, lămîie, miere de stup. Grăsimile (aproximativ 40 g/zi) vor fi de origine vegetală, bogate în acizi graşi nesaturaţi : oleu de floarea soarelui, porumb, măsline, soia, unt şi smîntînă proaspătă. Sarea se admite 4—6 g/zi iar condimentele se exclud. Mesele vor fi fracţionate, echilibrate şi frecvente.

II. **Măsuri cu caracter patogenetic :** se aplică formelor active, agresive şi au drept scop limitarea sau stabilizarea procesului mezenchimal, favorizarea şi stimularea regenerării precum şi corectarea tulburărilor metabolice hepatocitare.

1. **Terapia antiinflamatorie şi imunodepresivă** se face cu Prednison în cură unică sau mixtă, asociat cu antimetaboliţi (Azathioprină, Imuran). De reţinut faptul că medicaţia imunosupresivă aplicată singură poate fi dăunătoare, producînd accidente de hepatotoxicitate.

Referitor la corticoterapie, tratamentul este de durată (1—2 ani în medie) în cură continuă sau intermitentă. Preferăm pe aceasta din urmă : trei cure succesive de cîte două luni (două luni pauză) pe an, a cîte 600 respectiv 400 şi 300 mg Prednison (se începe cu o doză atac de 40 mg/zi, după care se scade treptat pînă la doza de întreţinere de 10 mg/zi, urmînd a se face sevraj-ul prin administrarea acestei doze la două zile, timp de 14 zile). La mijlocul şi la sfîrşitul curei se administrează cîte 50 mg ACTH în două prize.

În cură mixtă : Prednison+Imuran (1,5 mg/kg corp) ; dozele ambelor medicamente sînt mai reduse, ceea ce evită efectele secundare. La aplicarea medicaţiei imunodepresive se va ţine cont de nivelul funcţional al imunităţii T-dependente (testele de imunitate celulară).

2. **Splenectomia,** măsură cu caracter patogenetic la cazurile ce prezintă semne de hipersplenism. Trebuie făcută în timp util : capacitatea regenerativă a măduvei hematogene păstrată şi starea ficatului moderat compromisă.

3. **Folosirea globulinei antilimfocitară** (G.A.L. — Choay) în tratamentul hepatitei cronice active pentru interferarea proceselor imunologice de tip celular. Se raportează rezultate favorabile, cu regresiune chiar şi histologică.

Scanned with OKEN Scanner

III. **Posibilităţi terapeutice cu rol funcţional :**

1. **Hormonii steroizi-anabolizanţi** cu acţiune de stimulare a regenerării hepatice şi de activare a metabolismului protidic. Se administrează metilandrosteronul (Madiol) în doze zilnice de 50 mg (2 tablete/zi), 20 zile pe lună, timp de şase luni pînă la un an.

2. **Acidul aspartic** (Aspatofort) contribuie la regenerarea morfofuncţională. Se administrează sub formă de perfuzii i.v. zilnic, timp de trei săptămîni (40 ml sol. 5%) sau sub forma amidei sale L-Asparagină : 40 ml sol. 2,5% în 300 ml soluţie glucozată 5%.

3. **Acidul orotic** intervine în regenerarea hepatocitelor şi în biosinteza proteică (preparatul Purinor).

4. **Arginină-sorbitol şi Rocmaline** (vezi „insuficienţa hepatică").

5. **Extractele hepatice,** cu acţiune prin conţinutul lor în purine şi vitamina $B_{12}$ (atenţie însă la posibila alergizare). Vitaminoterapia ($B_6$, $B_{12}$, $B_2$, C, E) este adjuvantă prin acţiunea de coferment la nivelul metabolismului hepatocelular.

6. **Substanţe lipotrope** (colină, metionină, inozitol) sînt indicate la bolnavii carenţaţi, tuberculoşi, vechi etilici, diabetici la care există de obicei şi o infiltraţie grasă hepatocelulară. Preparate : Colisan (4—6 g/zi), Mecopar forte 6 tablete/zi, Tonozit 4—6 comprimate/zi). Acidul tioctic şi vitamina $B_{12}$ sînt, de asemenea, indicate ; Boldocolin, Anghirol precum şi drenaje biliare intermitente. Dacă este prezentă infecţia (angiocolită, colangită lentă) se vor administra antibiotice (conform antibiogramei) din grupa celor fără efecte hepatotoxice şi cu eliminare biliară mare. Deficitul de vitamine liposolubile se corectează prin administrare (parenterală) a vitaminelor K, D, E şi A.

7. **Pentru prurit** prescriem clorfenoxamin 2×1/2 tabletă/zi sau Rezine care fixează sărurile biliare (colestiramina).

I) **Măsuri terapeutice cu caracter general :**

**Metafilaxia** presupune dispensarizarea bolnavilor cu hepatită cronică şi aplicarea unui tratament de tip „sanatorial". Aici îşi găseşte locul şi crenoterapia cu apele minerale, bicarbonatate şi sulfuroase ; se va rezerva numai formelor de hepatită cronică persistentă.

**HEPATOM.** Este termenul introdus de Yamagiwa, în 1911, pentru a denumi carcinomul primitiv al celulelor hepatice (după cum „colangiomul" a fost destinat pentru denumirea carcinomului căilor biliare intrahepatice). Astăzi, termenul de carcinom hepatocelular este denumirea acceptată.

Scanned with OKEN Scanner

**Tratamentul** cuprinde **intervenţia chirurgicală**, roentghenterapia şi chimioterapia. Intervenţia chirurgicală constă în excizia operatorie a tumorii. Este indicată în următoarele condiţii : carcinomul să fie solitar sau localizat ; să nu fie o interesare evidentă a ganglionilor limfatici, a vaselor sanguine sau a căilor biliare ; să nu fie metastaze la distanţă, pentru că boala evoluează rapid după debutul simptomelor. S-au comunicat unele prelungiri de viaţă după rezecţia hepatică. Mai recent s-a întreprins hepatectomie totală urmată de homotransplantarea ficatului. Nu au fost supravieţuiri pe termen lung. Tratamentul prin **iradiere** are, în general, o valoare redusă. În schimb, **administrarea agenţilor chemoterapeutici pe cale arterială** a dat unele rezultate (pentru că tumorile hepatice, inclusiv carcinomul, devin izolate de circulaţia lor portală şi sînt aproape în întregime arterializate). Se foloseşte tehnica cateterizării directe a a.hepatice prin a.humerală. Perfuzia continuă şi prelungită de Metotrexat sau una din pirimidinele fluorinate în a.hepatică a dus la regresiunea tumorii. Totuşi, ameliorarea este scurtă.

**HEPATOPEXIE.** Este operaţia prin care se fixează ficatul la nivelul unei zone deperitonizate, procesul de acolare fiind favorizat şi de interpunerea unei pudre inerte. Scopul operaţiei este crearea de neoanastomoze prin adosarea a două structuri al căror drenaj venos este tributar pentru una de sistemul port, pentru cealaltă de sistemul cav („şunt difuz"). Asemenea visceropexie (ca şi splenopexia, enteropexia) nu a reuşit să scadă în mod însemnat hipertensiunea portală, de aceea nu se mai practică. O operaţie, oarecum asemănătoare ca idee, este transpoziţia intratoracică a splinei (Turner şi Laitinen), dar nici ea nu a dus la rezultate mai bune.

**HIPERTENSIUNE PORTALĂ** (sindrom). Termen introdus de Gilbert şi Carnot (1902), el desemnează un sindrom de ascită, splenomegalie şi hemoragie esofagiană cauzat de creşterea presiunii portale prin obstacol în calea circulaţiei porte. Se clasifică în raport cu sediul obstacolului : 1) Prehepatică, prin obstrucţie fie a v. porte însăşi fie a v. splenice (fig. 76). 2) Intrahepatică, prin obstacol în ficat (fig. 77). 3) Posthepatică, prin obstacol dincolo de ficat, adică între ficat şi cordul drept (sindrom Budd-Chiari, insuficienţă cardiacă, pericardită constrictivă). Forma intrahepa-

Scanned with OKEN Scanner

tică, cea mai frecventă, se clasifică, la rîndul ei, în funcție de patul sinusoidal din ficat : a) presinusoidală (chistosomiază, boala lui Wilson) ; b) sinusoidală (compresiunea sinusurilor prin supraproducție de țesut fibros sau regenerare nodulară, ca în ciroză) și c) postsinusoidală (tot prin ciroză, prin compresiunea scurgerii venoase hepatice de către lobulii distorsionați). După cum se vede, hipertensiunea portală apare, în principal, ca o complicație majoră a cirozei hepatice. În consecință, tratamentul ei este influențat hotărîtor de probleme legate de starea ficatului cirotic.

**Tratamentul** cuprinde : 1) Măsuri de urgență pentru stăpînirea hemoragiei din varicele esofagiene. 2) Alegerea pacienților pentru

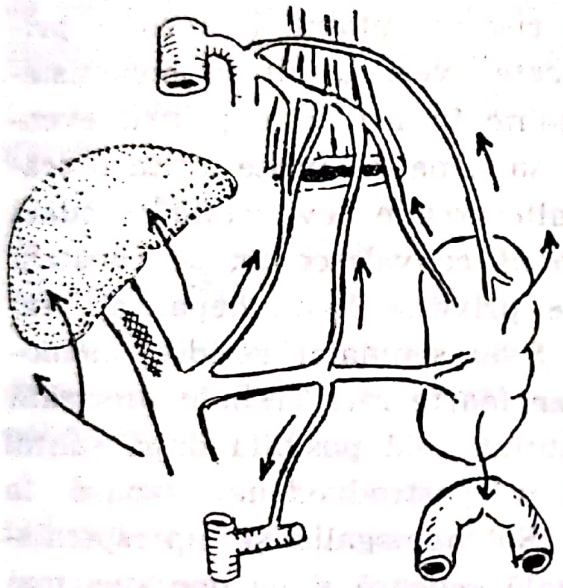


Fig. 76.

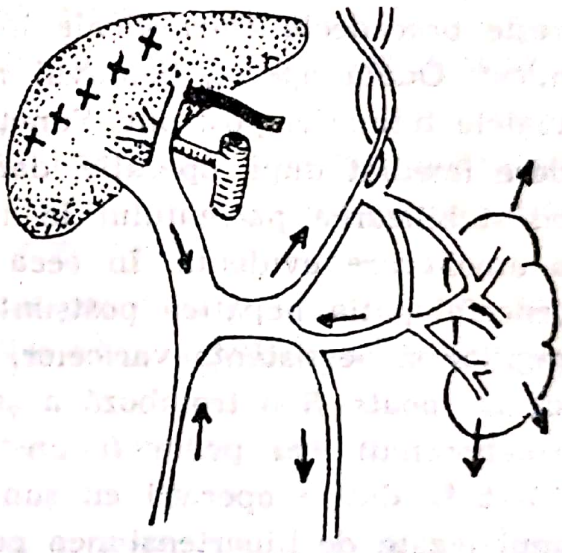


Fig. 77.

șunt portosistemic. 3) Stabilirea momentului operației. 4) Alegerea procedeului operator. 5) Îngrijirea complicațiilor postșunt. Pentru primul punct, vezi „varice esofagogastrice". În ceea ce privește alegerea pacienților pentru șunt, ea se face în funcție de riscul operator, risc care este în raport direct cu starea pacientului și cu gradul de insuficiență hepatică existent în momentul operației. Un risc operator mare prezintă pacienții cu ascită (ce nu răspunde la tratament medical), cu icter clinic, cu semne de tulburare neurologică, cu serumalbumine sub 3 g%, cu testul floculației cefalinice intens pozitiv, cu retenție de BSP mai mare de 10%, cu bilirubinemie mult peste 1 mg% și cu timpul de protrombină prelungit în ciuda unui tratament de durată cu vitamină K. Momentul intervenției după ce a trecut hemoragia este o problemă de raționament chirurgical. Totul depinde de

Scanned with OKEN Scanner

starea ficatului. Dacă funcția hepatică e rezonabil păstrată și în conformitate cu criteriile enumerate mai sus, atunci șuntul poate fi executat prompt, imediat ce pacientul și-a revenit din efectul imediat al hemoragiei și tabloul său sanguin a fost readus la un nivel adecvat. Dacă există o alterare moderată a funcției hepatice atunci vom avea de hotărît între riscul amînării operației, cu pericolul unei a doua hemoragii și riscul executării unei operații precoce într-un moment cînd condițiile nu sînt ideale. Dacă alterarea hepatică este avansată, atunci este indicat să se accepte o perioadă de așteptare și pregătire de mai multe săptămîni (cuprinzînd repaus la pat, alimentare rațională, evitarea alcoolului, corectarea deficitelor de proteine și vitamine) în speranța că funcția hepatică va fi restabilită la un risc acceptabil. În ceea ce privește procedeele chirurgicale indicate, vezi „șunturi portosistemice". Odată operat, bolnavul rămîne în urmărire pentru eventualele tulburări postșunt. Funcția sa hepatică poate arăta o scădere imediat după operație, dar alterarea e reversibilă și odată cu stabilizarea pacientului în timpul convalescenței se constată o ameliorare evidentă. În ceea ce privește coma hepatică, vezi „encefalopatia hepatică postșunt". S-au semnalat recidiva hemoragiilor și persistența varicelor, dar foarte rar. Trebuie precizată cauza, poate fi o tromboză a șuntului (mai posibilă după șuntul splenorenal) sau poate fi un ulcer gastroduodenal (apare la 15—25% dintre operații cu șunt). Splenomegalia și hipersplenismul legate de hipertensiunea portală cedează după operație, mai ales dacă s-a realizat un șunt larg, generos, cum este cel portocav. În general, rezultatele precoce sînt bune și mortalitatea operatorie este în continuă scădere. Supraviețuirea pe termen lung este de 70% peste cinci ani și 43% peste zece ani după un șunt executat cu succes.

**INSUFICIENȚA HEPATICĂ** (I.H.). Insuficiența hepatică presupune un deficit funcțional al organului, de diverse grade și cu manifestări clinice diferite, de la insuficiența cronică latentă la starea comatoasă.

Investigarea factorilor etiologici și un examen fizic foarte minuțios la care adăugăm, în faza latentă, căutarea „micilor semne" sau bogăția de manifestări subiective și obiective din formele avansate, sprijinite de o investigație funcțională multi-

laterală a ficatului, aduc, în general, indicații asupra tipului și gradului I.H. După modul de instalare, acesta poate fi acut (ca în cazul hepatitelor virale supraacute-fulminante sau în unele hepatoze toxice) dar, de cele mai multe ori, cronic ca urmare a unei ciroze hepatice.

Va trebui să avem în vedere, în primul rînd, eliminarea unor factori precipitanți-favorizanți ai instalării I.H. :

1. Folosirea hipnoticelor, analgezicelor, sedativelor și anestezicelor în bolile hepatice : a) morfina și derivații ei, au conjugare hepatică (deci efect prelungit și antidiuretic) ; b) barbituricele, se vor indica numai cele cu eliminarea renală și care acționează ca inductori enzimatici hepatici : fenobarbital ; c) anestezicele, Halotan, cloroform au acțiune hepatotoxică.

2. Infecțiile acute (atenție la tratamentul cu antibiotice și asigurarea unei diureze adecvate).

3. Hemoragia gastrointestinală precipită coma prin pierdere de sînge cu instalarea stării de șoc și oligurie precum și prin eliberarea $NH_3$ de către sîngele aflat în tubul digestiv.

4. Paracenteza ; eliminarea unor cantități mari de lichid are drept consecință o reducere a volumului plasmatic, oligurie, hiponatremie.

5. Diureticele folosite nerațional precipită instalarea comei hidroelectrolitice (hipopotasemică).

Insuficiența hepatică din ciroze poate fi grupată în patru categorii separate care se pot dezvolta singure sau în combinație : a) insuficiența parenchimului hepatic („decompensarea" cirozei) ; b) insuficiența fluxului sanguin (hipertensiunea portală cu varice) ; c) insuficiența funcției limfatice și renale (ascita) și d) insuficiența sistemului nervos central (coma).

Terapia urmează să se adreseze tuturor acestor sindroame.

**Tratamentul I.H. cronice** se confundă, în mare parte, cu terapia hepatitelor și hepatozelor cronice și a cirozelor hepatice. Obiectivele sînt : a) punerea în repaus a celulei hepatice ; b) asigurarea materialelor plastice și energetice și c) susținerea ficatului cu abundență de catalizatori fără a ignora însă efectul nociv al unor extracte hepatice (mai ales a celor fenolate), care amorsează procesele de autoîntreținere imună a bolii și „agită" mezenchimul hepatic. În ceea ce privește mijloacele terapeutice și modul lor de aplicare, a se vedea la „hepatita cronică" și „ciroza hepatică".

Scanned with OKEN Scanner

**Tratamentul comei hepatice** va ține cont de modul de instalare al comei : spontană, secundară hemoragiei gastrointestinale sau iatrogenă (prin bypass-ul portosistemic, terapie diuretică sau administrarea de narcotice și sedative). Reanimarea trebuie să vizeze două obiective principale :

1. Suprimarea oricărui aport proteic inclusiv perfuziile de plasmă, acizi aminați ; transfuzia de sînge se face numai în cazul cînd coma este însoțită de o anemie sub 3 milioane. În același timp se va asigura o rație calorică suficientă prin : a) soluții de ser glucozat hipertonic, la care se adaugă ClNa 8 g/zi și ClK 4 g/zi ; b) emulsii lipidice Lipifisan flacon à 250 ml, în perfuzii lente : se începe cu 10 picături/minut și se crește la 40 picături/minut.

2. Diminuarea excesului de $NH_3$ prin : a) lupta contra amoniogenezei intestinale : spălături intestinale, dacă există hemoragie digestivă ; dezinfectante intestinale pentru a diminua putrefacția : Neomicină tablete à 0,25 g (Negamicin tablete à 0,500) 4—6 tablete/zi, Colimicin capsule à 1 500 000 u, 4—6/zi. În același scop se mai poate administra : Duphalac 90—150 ml, prin sondă de trei ori pe zi (diminuă producția intestinală de derivați amoniacali) și Lactuloza (120—160 mg/24 ore) ; b) neutralizarea excesului de amoniac, prin perfuzii cu : Arginină 1—4 flacoane à 400 ml/zi ; Rocmaline 2—5 flacoane/zi ; Ornicetil 1—5 flacoane/zi ; Multiglutin 5—10 fiole/zi în perfuzie de glucoză. Se adaugă hemodializa, dializa prin ficat de porc și transplantul hepatic, efectuat pentru prima dată de Starzl în 1963 (pînă în 1974 erau 82 cazuri, cu 13 supraviețuitori).

Corticoterapia va fi rezervată formelor grave de hepatite infecțioase ; este fără efect în cursul encefalopatiei cirozelor. Se dă hidrocortizon (flacoane à 100 mg, 4—6 fiole/zi, repartizat în perfuziile i.v.) sau Solucedecadron (fiole à 4 mg, 2—5 fiole/zi i.v.

În 1970 Parkes și colab. au introdus tratamentul cu L-Dopa în coma hepatică. Acțiunea sa se explică astfel : în cursul comei hepatice unele amine din grupul catecholaminelor, cele ca tiramina, sînt sintetizate în exces de către intestin și blochează releurile adrenergice cerebrale substituindu-se neurotransmițătorilor fiziologici. L-Dopa ar acționa fie ca precursor al neurotransmițătorilor fiziologici (facilitîndu-le sinteza) fie deplasînd aminele anormale (s-ar comporta ca un transmițător de substituție).

O atenție deosebită necesită coma diselectrolitică (mai frecvent hipokaliemică) care necesită perfuzii de potasiu și insulină : 2—4 g KCl în glucoză 20—40%, la care se adaugă 20—30 U insulină.

Scanned with OKEN Scanner

De lîngă tratamentul obişnuit al insuficienţei hepatice trebuie luate măsuri speciale de supraveghere şi igienă a bolnavului. Aceşti pacienţi vor fi internaţi în servicii de terapie intensivă, apreciindu-li-se la intervale de ore sau zilnic starea neuropsihică, pulsul, temperatura, intensitatea icterului, bilanţul lichidian, ionograma, ureea sanguină şi urinară. La pacienţii în comă se introduce o sondă de plastic à demeure în stomac prin care se fac hidratarea şi alimentaţia (1 000 calorii reprezentate de hidraţi de carbon : 1 250 ml zaharoza 20%/zi). Nu se va folosi glucoza, ci zaharoza care are osmolaritatea dublă. Se adaugă vitamine B, C. Se mai adaugă oxigen pe sondă nasală şi 2 g neomicină prin sondă gastrică la fiecare 6 ore. Cînd cedează simptomele se introduc (treptat) proteine pînă la 20 g/zi.

În coma secundară hemoragiei gastrointestinale prescriem : a) evacuarea sîngelui din stomac şi intestin prin aspiraţie şi spălătură gastrică (respectiv clismă înaltă cu apă rece) ; b) administrarea prin sondă a 60 ml lapte + magneziu şi 2 g neomicină tot la 2 ore, aspiraţia oprindu-se pentru 40 minute ; se întrerupe administrarea de lapte şi Mg dacă se instalează diaree ; c) stăpînirea hemoragiei : hemostatice (vitamina K, dicinone, trombină) şi transfuzii de sînge proaspăt sau plasmă proaspătă ; tamponare esofagiană cu sonda Sengstaken-Blakemore ; injecţii cu vasopresină ; şuntul portosistemic ; d) dacă bolnavul este agitat se vor administra bromură de Ca 10%, 10 ml i.v. sau/şi clisme de cloralhidrat 1,5 g la 100 ml julep gumos.

**MARSUPIALIZARE.** Metodă chirurgicală veche care constă în deschiderea cavităţii unui chist (de regulă chist hidatic) şi fixarea buzelor inciziei la peretele abdominal, fie larg deschise, fie strînse pe un tub de dren. Se aplică la chistul hidatic hepatic, la chistul hidatic al splinei, la pseudochistul pancreasului etc. Are de partea sa simplitatea dar împotriva sa urmările trenante şi penibile. De aceea, metoda e rezervată chistelor supurate ce au provocat o importantă alterare a stării generale a bolnavului. E o operaţie „de salvare".

**OMENTOPEXIE.** Este operaţia imaginată de S. Talma, în 1889, pentru a trata ascita la pacienţii cu ciroză hepatică. Ea realizează neoanastomoze între venele marelui epiploon şi venele peretelui

Scanned with OKEN Scanner

abdominal anterior cu scopul de a scădea presiunea portală. Deși este simplă, operația are mortalitate ridicată; rezultatele fiind slabe, astăzi nu se mai practică. Totuși, capacitatea vasculară și absorbtivă a marelui epiploon a fost exploatată în continuare, în operații ca omentocavopexie, omentorenopexie, omentoesomediastinopexie (Burlui). Nici una, însă, nu a putut asigura o reală decompresiune a întregului sistem port, fapt pentru care pericolul accentuării treptate a hipertensiunii portale a continuat să persiste după executarea lor și să amenințe cu recidiva ascitei sau cu accidentul hemoragic. (fig. 78).

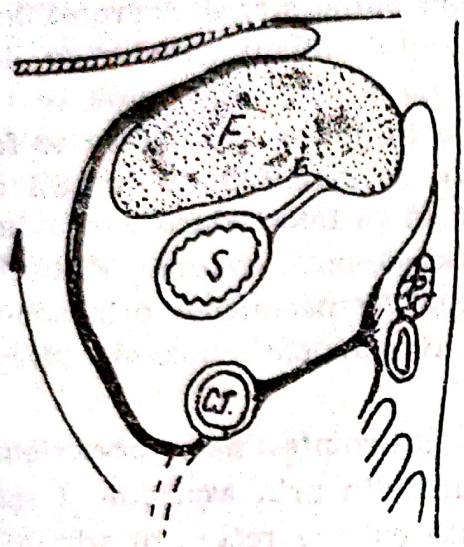



Fig. 78.

**OMFALOCAVOANASTOMOZA.** Este o variantă mai rară de anastomoză portocavă de tip radicular. Se face între vena ombilicală permeabilă sau permeabilizată, situată la baza ligamentului falciform și vena cavă inferioară. Pentru a putea fi executată este nevoie de o venă ombilicală cu lumen larg, apt de a menține permeabilă gura de anastomoză. Se pare că această condiție ar fi întîlnită în toate cazurile de sindrom Cruveilhier-Baumgarten, deci aici ar fi mai indicată operația.

**SENGSTAKEN-BLAKEMORE** (tubul). Este tubul folosit pentru tamponada varicelor esofagiene sau gastrice sîngerînde în timpul hipertensiunii portale. În aceste momente o intervenție chirugicală imediată de hemostază ar avea un risc foarte mare, așa că trebuie recurs la metode conservatoare, dintre care tubul Sengstaken-Blakemore are importanță primordială (fig. 79).

Tubul are trei lumene și două baloane. Un lumen este folosit pentru irigarea și aspirarea stomacului. Un al doilea lumen duce la un balon mai mic, care cînd este umflat cu aer trebuie să rămînă în cardia stomacului. Un al treilea lumen duce la un balon mai mare, care cînd este umflat cu aer rămîne în esofag pentru a compresa varicele esofagiene. După ce s-au așezat la locurile lor și s-au umflat baloanele, prin tubul gastric se încep irigații cu

Scanned with OKEN Scanner

soluție salină fiziologică la fiecare jumătate de oră. Cînd aspirațiile vin fără sînge, irigațiile se răresc la fiecare oră. În acest timp, presiunea din balonul esofagian este scăzută la 5—10 cm apă la fiecare șase ore pentru cîte 30 de minute. După 48 de ore presiunea balonului esofagian este progresiv scăzută pe o perioadă de 12—18 ore, pînă cînd balonul este complet dezumflat. În acest moment se dezumflă și balonul gastric. Tubul Sengstaken-Blakemore este lăsat pe loc pentru încă 24 de ore și aspirația se continuă. Dacă hemoragia reapare, atunci ambele baloane sînt imediat reumflate pentru 24 de ore. Dacă după o nouă dezumflare hemoragia apare din nou, atunci reumflăm baloanele pentru a menține hemostaza și pregătim pe bolnav pentru operație de urgență, în caz că starea lui generală și funcția sa hepatică o permit. Cînd operația de urgență este contraindicată (comă sau precomă prin insuficiență hepatică, bilirubinemie peste 5 mg%, ascită mare, hipoalbuminemie, tulburări de coagulare), atunci menținem baloanele reumflate timp de trei—șase sau chiar mai multe zile, în speranța unei hemostaze prin compresiune.

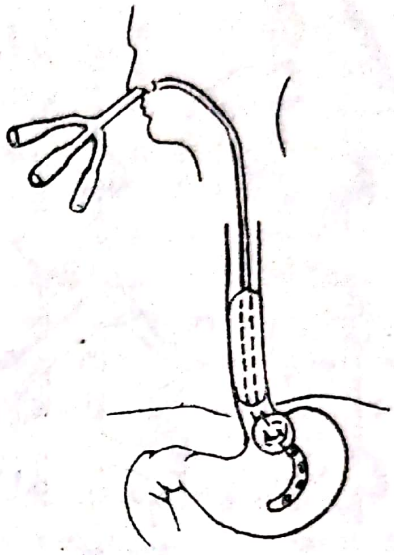


Fig. 79.

Tubul Sengstaken-Blakemore este un instrument foarte folositor în executarea hemostazei nechirurgicale a varicelor esogastrice sîngerînde, dar el necesită un personal bine antrenat care să știe să instaleze cu precizie baloanele tamponante peste varicele rupte. În caz contrar hemoragiile continuă cu sonda instalată. În plus, metoda pretinde un control continuu pentru a se evita două complicații grave : a) ulcerația esofagului prin distensia prea puternică și prea prelungită a balonului (trebuie menținută presiunea în balon la cifra cea mai joasă capabilă de a face hemostază și trebuie să nu se comprime esofagul timp mai mult de cinci zile) și b) asfixia, prin obstrucția căilor aeriene cu balonul atras în faringe sub influența unei tracțiuni accentuate (greșeală de tehnică).

**ȘUNTURI PORTOSISTEMICE.** Sînt intervenții chirurgicale imaginate pentru a scurtcircuita circulația venoasă portală de la ficat și a o deriva în circulația generală (vena cavă inferioară) pe căi ocolite. Ele au deschis era modernă în tratamentul hiperten-



Scanned with OKEN Scanner

siunii portale. Se descriu șunturi portocave tronculare și șunturi portocave radiculare (fig. 80). Dintre variantele tronculare, șuntul portocav termino-lateral se distinge ca fiind cea mai frecventă operație și cea mai eficace. El decomprimă satisfăcător sistemul portal și previne recidiva hemoragiilor din varice. Singura critică este că favorizează apariția postoperatorie a encefalopatiei hepatice. Șuntul portocav latero-lateral este o alternativă care nu întrerupe complet vena portă ci mai permite unei cantități de sînge splanhnic să intre în ficat. El decomprimă ramurile portale intrahepatice ușurînd, astfel, presiunea intrahepatică dezvoltată atunci cînd blocul postsinusoidal reduce scurgerea venoasă. De aceea, s-a recomandat cu precădere pentru stăpînirea ascitei netratabile din ciroză. O variantă a acestui procedeu este șuntul porocav termino-lateral dublu (McDermott). Dintre procedeele radiculare, șuntul, splenorenal terminolateral (cu splenectomie) are o execuție mai răspîndită. Dar șuntul realizat e nesatisfăcător din cauza dimensiunilor reduse și a fragilității venelor în cauză. Decompresiunea portală e mai mică și recidiva hemoragiilor și a varicelor esofagiene mai frecventă. Operația pare indicată numai în hipertensiunea portală prehepatică prin bloc al venei porte, unde vena portală e impracticabilă pentru a fi anastomozată cu vena cavă inferioară. Un alt procedeu, anastomoza venei mezenterice superioare cu vena cavă inferioară poate avea indicație atunci cînd varicele continuă să sîngereze la bolnavi la care s-a executat deja o splenectomie cu șunt splenorenal și la care v. portă este impracticabilă pentru anastomoză. Foarte puțin folosite sînt anastomozele omfalocavă, coronarocavă, splenosuprarenală, dificile și rapid trombozabile.

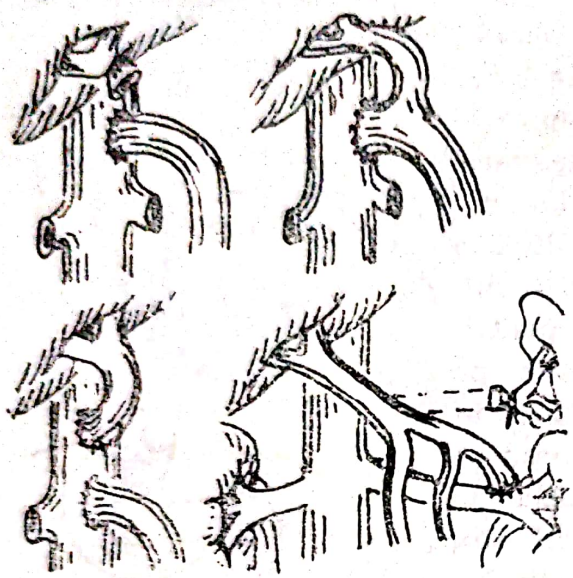


Fig. 80.

**STEATOZA HEPATICĂ** (S. H.). Este starea patologică definită printr-o acumulare excesivă de grăsimi în ficat. Dintre factorii etiologici se detașează, prin frecvență și agresivitate, intoxicația cronică cu alcool urmată îndeaproape de diabetul zaharat și

de unele defecte şi dezechilibre în alimentaţie (diete hiper- sau hipocalorice, exces de glucide şi/sau grăsimi, carenţe în proteine, factori lipotropi şi vitamine etc.). Un rol aparte îl ocupă şi tulburările malasimilative generate de afecţiuni digestive (aclorhidrie, insuficienţă pancreatică, enterocolite cronice etc.). Unele boli endocrine şi dismetabolice, precum şi unele medicamente (săruri de aur, opiacee, Atofan, corticosteroizi, unele tuberculostatice şi antibiotice etc.) completează lista factorilor etiologici.

**Tratamentul profilactic** vizează, în primul rînd, împiedicarea apariţiei bolii prin combaterea acestor factori agresivi. Prin măsuri preventive speciale steatoza poate fi oprită în evoluţie sau poate fi înlăturată dacă o surprindem într-o fază incipientă.

**Tratamentul curativ** urmăreşte realizarea mai multor obiective : a) înlăturarea cauzelor şi combaterea efectelor acestora asupra celulei hepatice ; b) diminuarea aportului exogen şi endogen de acizi graşi ; c) favorizarea transportului trigliceridelor din ficat ; d) stimularea regenerării celulare.

1. **Dieta,** alături de stoparea acţiunii factorilor etiologici, reprezintă elementul terapeutic esenţial. Alimentaţia va trebui să conţină toate principiile alimentare, să se adapteze vîrstei, profesiunii şi stării ponderale. Se va acorda atenţie alimentelor cu conţinut bogat în factori lipotropi care, prin sinteza fosfolipidelor, asigură transportul trigliceridelor şi împiedică steatoza. Factorul lipotrop esenţial este colina, ceilalţi fiind numai donatori de metil necesar sintezei acesteia (metionina, betaina, lecitina, lipocaic etc.). Alimentele de origine animală conţin mai multe surse de metil labil necesar sintezei colinei (carne, brînzeturi şi lapte : metionină ; ouă şi ficat : colină) decît cele provenite din regnul vegetal (sfeclă : betaină ; cereale : colină). În general, se merge pe o limitare a ingestiei de lipide care nu trebuie să depăşească 0,5 g/kg greutate, ceea ce ar corespunde cu 15% din raţia calorică (30 g/24 ore). Se vor recomanda grăsimile cu un conţinut bogat în acizi graşi nesaturaţi : uleiurile vegetale (măsline, soia, porumb, floarea soarelui) şi grăsimea de peşte. În ultimul timp se insistă pe limitarea aportului de glucide mai ales în steatoza care apare la obezi şi diabetici (pînă la 30% din necesarul caloric). Aceste prescripţii dietetice, la care se vor adăuga şi unele măsuri de cruţare a tractului digestiv, se vor menţine minimum trei luni, orientîndu-ne după starea clinicobiologică şi, eventual, morfologică a ficatului. Trebuie semnalat că măsurile dietetice sînt ineficiente dacă concomitent nu se acţionează şi asupra factorilor etiologici.

Scanned with OKEN Scanner

2. **Tratamentul medicamentos.** În primele 30—60 de zile se pot administra factori lipotropi, după care se va încerca o stimulare a regenerării hepatocitare prin anabolizante. Există o serie de preparate care conțin colină sau grupări metil necesare sintezei acesteia : Colisan soluție, 25 g colină într-un flacon ; 3—6 linguriță în 24 de ore ; Mecopar „forte" drajeuri, conține metionină, colină și unele vitamine 1—3 drajeuri/24 ore ; Metaspar comprimate (mentionină asociată cu acid aspartic și vitamine) 6—12 comprimate/24 ore. În plus, se mai pot utiliza pentru efectul lipotrop și următoarele substanțe : inozitolul 250 mg sub forma preparatului Tonozit, 4—8 comprimate/24 ore ; acidul tioctic 25 sau 50 mg/24 ore fiole sau tablete (Thioctacid sau Tioctan) ; silimarina (Legalon) extrasă din planta cardus marianus 210 mg/24 ore ; acidul pangamic 15 mg/24 ore ; vitamina $B_{12}$ fiole 50 mcg sau 1 mg, 100—200 mcg/24 ore ; vitamina F, capsule 4—6/24 ore.

Există și substanțe care administrate în exces pot acționa antilipotrop : acidul orotic, vitamina PP și vitamina $B_1$.

Tratamentul lipotrop se va completa cu anabolizante în doze moderate și pentru o perioadă scurtă (vezi și „pancreatita cronică").

În stadiile avansate de boală, pe lîngă corectarea steatozei, se va încerca și combaterea procesului hepatitic (vezi și „hepatita cronică" și „ciroza hepatică").

**TRANSPLANT HEPATIC.** Experiența încurajatoare a transplantelor renale a justificat tentativele de transplant hepatic în boala hepatică terminală (cancer hepatic, atrezie biliară, ciroză, hepatită activă cronică). Sînt două metode de transplantare a ficatului. Prima și cea mai satisfăcătoare este homotransplantarea ortotopică = ficatul bolnav este scos și înlocuit cu o homografă (fig. 81). Cealaltă metodă, mai inferioară, este homotransplantarea auxiliară = inserția unui ficat în plus (extraficat).

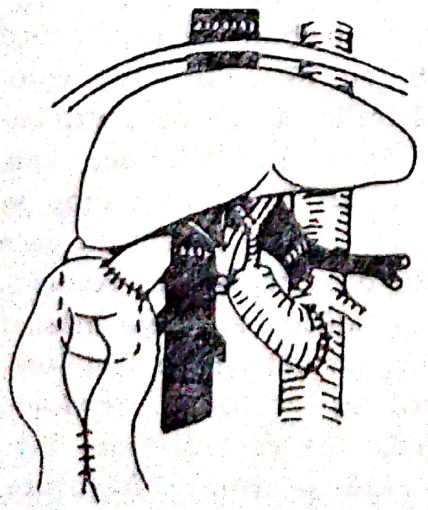


Fig. 81.

Transplantarea ficatului este mai dificilă din mai multe motive = este vorba de cel mai complicat organ ; insuficiența sa duce la cea mai complexă tulburare fiziopatologică ; nu există încă un organ artificial care să susțină activitatea hepatică compromisă în timp ce așteptăm un donator acceptabil sau

Scanned with OKEN Scanner

în timpul criticii perioade postoperatorii imediate (cum este rinichiul artificial). Totuşi, s-au realizat progrese şi astăzi transplantul hepatic ortotopic a devenit o formă de tratament legitimă şi abordabilă, deşi imperfectă. S-au comunicat supravieţuiri de pînă la 2¾ ani.

**TRAUMATISM HEPATIC.** Ruptura de ficat interesează mai frecvent lobul drept. Odată diagnosticul probabil făcut, **singurul tratament indicat este cel chirurgical,** tratamentul conservator este o eroare. Timpul optim pentru operaţie e în primele trei ore de la leziune. Preoperator se administrează sînge sau înlocuitori de plasmă. La operaţie trebuie să se execute debridare cu ligatura directă a vaselor şi a canalelor biliare deschise pe suprafaţa restantă, apoi sutura rupturii hepatice (cu catgut gros montat pe ace curbe mari). Practica meşajului a dus la rezultate rele. Decesul se produce (de obicei la scoaterea meşelor) fie prin hemoragie secundară fie prin sindrom hepatorenal. Poate fi făcută, însă, rezecţie hepatică de urgenţă : în hemoragia din regiunea venelor hepatice (cînd rezecţia uşurează expunerea şi controlul punctului hemoragic) ; în ruptura severă a lobului ; în infarctul ţesutului hepatic. Postoperator, pacientul este menţinut la doze mari de antibiotice pentru cel puţin zece zile şi reechilibrat circulator.

**VARICE ESOFAGOGASTRICE.** Sînt varice submucoase, aşezate în trei cordoane paralele care pleacă din regiunea subcardială a stomacului şi merg în sus, către treimea inferioară a esofagului. Ele apar în hipertensiunea portală ca un rezultat al diversiunii sîngelui din sistemul port în sistemul cav prin v. gastrice scurte, prin v. coronară stomahică şi prin micile anastomoze aflate la nivelul esofagului inferior. Ruptura lor şi hemoragia care rezultă constituie cea mai alarmantă şi mai serioasă complicaţie a hipertensiunii portale.

**Tratamentul medical de urgenţă** se face prin mijloace locale şi mijloace generale. **Hemostaza locală** prin tamponadă esogastrică cu tubul lui Sengstaken-Blankemore constituie măsura principală. În acelaşi timp, prin **măsuri generale** combatem şocul hemoragic şi anemia, elemente redutabile la un cirotic. Se denudează o venă, se cateterizează cu un tub de plastic şi se injectează o cantitate importantă de sînge în primele 12 ore, după care continuăm cu perfuzie mai lentă. Bolnavul primeşte oxigen pe mască, vitamină K, posthipofiză (ar acţiona scăzînd presiunea portală). Orice alimentaţie pe cale orală este evitată, ea fiind asigurată pe cale parenterală prin soluţii glucozate hipertonice (dextroză 10% în apă

Scanned with OKEN Scanner

distilată) îmbogățite cu vitamine și electroliți, în special potasiu. Alte măsuri vor combate amoniemia, care amenință pe cirotic în asemenea cazuri. Se evacuează sîngele din tubul digestiv prin aspirație gastrică continuă și prin accelerarea tranzitului intestinal cu ajutorul sulfatului de sodiu sau a sulfatului de magneziu administrate la fiecare patru ore. Se combate dezvoltarea florei intestinale favorizată de mediul sanguin, prin neomicina care se dă pe cale orală în doze de 4 g/24 ore. Catabolismul amoniacal este ajutat prin injecții de gluconat de sodiu (25 g la litru de soluție glucozată) sau hidroclorură de arginină (50 g la litrul de soluție glucozată), prin injecții de arginază (substanță care convertește amoniacul la nivelul ficatului în ornitină, precursor al ureei) și prin injecții de săruri de acid aspartic.

De-a lungul acestui tratament conservator bolnavul este urmărit după puls, tensiune arterială, PVC, diureză orară, hematocrit, hemoglobină, amoniemie. Dacă s-a reușit oprirea hemoragiei, atunci se continuă reanimarea și se evaluează bine funcția hepatică, de ea depinzînd actul operator definitiv. Dacă hemoragia nu a fost influențată, însă, de tratamentul conservator sau dacă hemoragia a fost oprită dar se reia de cîte ori se suprimă tamponada cu tubul Sengstaken Blakemore, atunci se pune problema **tratamentului chirurgical de urgență.**

Singurele valabile s-au dovedit metodele chirurgicale care atacă direct varicele rupte : ligatura varicelor esofagiene (Boerema) sau rezecția zonei varicoase esogastrică (Mac Pherson). Secțiunea venelor aferente la varice, v. coronară stomahică și venele gastrice scurte (Tanner) nu a dat rezultate, iar o anastomoză portocavă de urgență s-a dovedit a avea o mortalitate operatorie prohibitivă, pentru că bolnavii nu pot fi preparați corect în urgență pentru un asemenea act. Credem că intervenția cea mai simplă (ligatura varicelor esofagiene) rămîne și cea mai indicată, bolnavii aceștia pot suporta numai o intervenție minimă. Momentul operației variază cu tipul de hemoragie. În hemoragia imposibil de stăpînit decizia trebuie să vină rapid, în primele 24 de ore, cel mai tîrziu 36 de ore, mersul evenimentelor nu ne mai lasă de loc timp de gîndire. În hemoragia care recidivează după dezumflarea baloanelor de tamponadă operația se recomandă către ziua a treia sau a patra (la adăpostul hemostazei provizorii prin baloane putem face o scurtă pregătire preoperatorie). Intervenția fie imediată, fie precoce trebuie refuzată dacă bolnavul prezintă un risc rău, după criteriile acceptate în chirurgia hipertensiunii portale (vezi „sindromul de hipertensiune portală").

Scanned with OKEN Scanner

# CĂI BILIARE

**ABCES BILIAR** (colangită acută supurată). Se caracterizează prin prezență de puroi în căile biliare intra- și extrahepatice. Clinic se manifestă prin triada lui Charcot : icter, febră cu frison și dureri în hipocondrul drept, la care azi se mai adaugă stare de șoc și de depresiune a sistemului nervos central. Cauza este, în general, o obstruare incompletă a căii biliare principale, de origine diferită, cea mai frecventă fiind calculoza coledociană, apoi stenoze cicatriciale, neoplasm al ampulei lui Vater, papilotomie insuficientă, coledocoduodenostomie prea îngustă etc. De remarcat că obstrucțiile complete ale coledocului nu dau colangite acute.

**Tratamentul** se impune de urgență și constă în primul rînd în degajarea coledocului printr-o coledocotomie largă. Se va recolta din bila purulentă pentru examen bacteriologic și antibiogramă. Dacă colecistul nu a fost extirpat anterior, se va proceda la colecistectomie. Dacă elementul obstructiv se poate îndepărta ușor (calculi, ascarizi, membrane și fiice hidatice etc.), se va curăți hepatocoledocul de aceste elemente, asigurîndu-se de un bun pasaj liber la nivelul papilei. Cînd cauza obstrucției impune o intervenție mai complexă (chiar și o simplă anastomoză biliodigestivă), aceasta se va amîna pentru o viitoare intervenție.

În toate cazurile coledocotomia se completează în mod obligatoriu cu un drenaj cu tub T Kehr, cît mai larg posibil și cu menținerea lui mai multe săptămîni, pînă cînd bila devine clară și sterilă.

Intervenția se execută în anestezii cît mai puțin șocante, o reanimare foarte susținută care vizează în primul rînd funcțiile ficatului și un tratament cu doze masive de antibiotice, în special din acelea care dovedesc o concentrație mare în bilă, cum sînt tetraciclina și cloramfenicolul.



Scanned with OKEN Scanner

Boala este foarte gravă și chiar cu un tratament medico-chirurgical executat corect și la timp se înregistrează o mortalitate de peste 1/3 a cazurilor.

**ALOPLASTIE DE COLEDOC.** Se execută cu tuburi confecționate din material anorganic (cauciuc, tantal, polietilenă) și are ca scop refacerea continuității coledocului în cazuri de stricturi, secționări, tumori etc.

Aplicarea acestor tuburi este de două feluri. În anumite situații tubul servește ca tutore și protector al unei suturi fie de coledoc, cap la cap, fie de anastomoză biliodigestivă (de ex. hepaticojejunostomie terminolaterală). În acest caz, rolul tubului este temporar, de cîteva săptămîni sau luni, cît se apreciază că este necesar ca sutura să devină etanșă și cînd au dispărut fenomenele de retracție care îngustează calibrul locului de anastomoză. Tehnica aplicării acestor tuburi temporare este astfel executată încît ea să permită trecerea bilei și în intestin, iar un capăt al tubului să iasă prin peretele abdominal pentru a fi extras cu ușurință, la urmă.

În alte situații, de adevărată aloplastie, tubul este interpus și ancorat definitiv fie între două capete ale coledocului, fie între capătul proximal al coledocului și duoden sau jejun. Acest tub definitiv, după ce a fost ancorat prin suturi, se învelește în epiplon, pentru ca în eventualitatea detașării și eliminării tubului plasticitatea epiploonului să fi organizat între timp un neocanal care să permită scurgerea bilei spre intestin, în continuare.

Rezultatele acetei aloplastii nu sînt prea încurajatoare, pentru că se depun concrețiuni în tubul de material străin, firele se taie, tubul se elimină și neocanalul se obliterează. De aceea, aloplastia coledocului este încă o problemă de viitor.

**ANASTOMOZA BILIODIGESTIVĂ.** Este operația indicată atunci cînd scurgerea bilei pe cale naturală (prin coledoc în duoden) este împiedicată sau stînjenită de : a) atrezia căilor biliare extrahepatice ; b) stenoza inflamatorie, traumatică sau calculoasă a coledocului ; c) compresiunea extrinsecă a coledocului inferior prin inflamație cronică sau cancer al capului pancreasului ; d) tumori benigne sau maligne ale coledocului, inclusiv ampulomul Vaterian.

Operația este o derivație în scurgerea bilei, anume anastomozează un segment al căii biliare suprajacent obstacolului cu un

Scanned with OKEN Scanner

segment al tubului digestiv (stomac, duoden, prima ansă jejunală). Deosebim astfel : a) colecistogastrostomie, colecistoduodenostomie, colecistojejunostomie ; b) coledocoduodenostomie, coledocojejunostomie ; c) hepaticoduodenostomie, hepaticojejunostomie ; d) colangiogastrostomie, colangiojejunostomie (prin anastomoza unui canal biliar intrahepatic dilatat cu stomacul sau jejunul) ; e) unii consideră drept anastomoză biliodigestivă și papilotomia sau sfincteroplastia.

Anastomoza biliodigestivă se poate complica : a) în postoperatorul imediat cu o fistulă biliară prin dezunirea suturii (sutură incorectă, tracțiune între segmente cu punerea în tensiune a suturii) ; se poate vindeca spontan sau poate să necesite reintervenție ; b) în postoperatorul mai tardiv cu o angiocolită dacă gura de anastomoză a fost confecționată sub 2 cm diametru și a dat naștere la stază biliară cu infecție ascendentă din segmentul digestiv ; c) în postoperatorul îndepărtat cu o strictură, gura de anastomoză se poate stenoza complet necesitînd reintervenție.

**ANGIOCOLITA.** Reprezintă o inflamație acută sau cronică care interesează căile biliare intra- și extrahepatice. Afectarea cu precădere a căilor biliare intrahepatice perilobulare dar mai ales intralobulare (colangită-colangiolită peri- sau intralobulară) poate să ducă la apariția unei hepatociroze de tip colestatic. În marea lor majoritate angiocolitele sînt secundare (litiază veziculară sau coledociană, cancer de căi biliare, colecistită acută sau cronică nelitiazică, pancreatită sau cancer de pancreas, hepatopatii acute și cronice, duodenite — enterite etc.), etiologia fiind dominată de colibacil și enterococ.

Din punct de vedere evolutiv, angiocolitele pot fi acute (angiocolite acute) sau cronice (angiocolite cronice). Ultimele pot urma celor acute tabloul clinic îmbrăcînd o alură trenantă cu subfebrilități, astenie-anorexie, scădere în greutate, hepatomegalie moderată și teste funcționale hepatice alterate. Angiocolitele acute prezintă o simptomatologie care diferă în raport cu forma anatomoclinică : catarală, supurată și supurată icterouremigenă. Dacă în forma catarală acuzele sînt ușoare — estompate, în cea supurată acestea sînt zgomotoase : febră (bilioseptică) cu frison, subicter — icter, hepatosplenomegalie, hemoculturi pozitive și leucocitoză cu neutrofilie. În forma supurată icterouremigenă, deseori precedată de colică biliară (litiază coledociană), starea generală este extrem de alterată, survenind și o afectare concomitentă a rinichiului : oligurie, proteinurie — cilindrurie, hiperazotemie.

Scanned with OKEN Scanner

În indicația tratamentului va trebui să se țină seama de următoarele elemente :

— circumstanțele de apariție : primitive sau secundare (concomitent cu infecția biliară se vor combate și afecțiunile cu implicații în declanșarea și întreținerea procesului patologic) ;

— forma anatomoclinică și evolutivă a angiocolitei : acută, cronică, catarală, supurată sau icterouremigenă ;

— complicații : tromboze — tromboflebite ale venelor abdominale (splenică, portă etc.), abcese hepatice, IRA, septicemie etc. ;

— diverse asociații patologice.

**În angiocolita acută catarală primitivă** se va aplica un **tratament medical.** Medicația se identifică cu cea recomandată în CA, cu mențiunea că va beneficia de un drenaj biliar mai activ cu colagoge — coleretice administrate per os sau prin sondaj duodenal.

**În formele supurate și icterouremigene,** de cele mai multe ori secundare unei LB, **tratamentul medical,** care constituie o etapă premergătoare intervenției operatorii, va avea caracter de urgență, fiind intensiv și complex.

Se recomandă repaus la pat cu aplicarea de comprese reci sau pungă cu gheață pe hipocondrul drept, dieta fiind în primele 24—48 ore hidrozaharată, o parte din necesarul caloric și electrolitic fiind asigurat prin perfuzii cu ser fiziologic și glucozat 5—10%.

Combaterea sindromului infecțios reprezintă obiectivul principal în aceste forme. Chimioterapicele și antibioticele se vor administra în doze masive, parenteral și/sau per os, dacă este posibil cu respectarea sensibilității germenilor. Dacă nu există contraindicații hepatice sau renale, se recomandă (ca terapie eficace și de elecție) pirolidinmetiltetraciclina (Solvocilin — Reverin) i. m. (0,275 g din 8 în 9 ore sau 0,175 g la 4 ore) sau i. v. (0,300 g la 12 ore). Dacă după 48—72 ore tabloul clinic nu se ameliorează se poate schimba antibioticul. Se preferă Ampicilina per os (o capsulă de 250 mg la 4 sau la 6 ore) sau i.m. (250 mg din 6 în 6 ore sau 500 mg la 8 ore). Se mai pot utiliza și alte antibiotice (Sigmamicină, Penicilină G, Eritromicină etc.), cu mențiunea că în forma icterouremigenă se vor exclude : Kanamicina, Colimicina, Streptomicina ca și preparatele pe bază de tetracicline.

Reechilibrarea hidroelectrolitică se va face cu ser fiziologic și/sau glucozat 5—10%, 500—1 500 ml/24 ore, ținînd seama de datele ionogramei. Acidoza se va corecta cu ajutorul soluției de bicarbonat 14‰ sau cu THAM 250—500 ml/24 ore

Scanned with OKEN Scanner

Pentru inducerea și menținerea unei diureze osmotice se administrează manitol soluție hipertonă (10—20%) 100—250 ml/24 ore. În caz de necesitate se poate recurge și la hemodializă.

Se vor trata fenomenele de insuficiență hepatică, altminteri va crește riscul operator: vitamine din grupul B ($B_1$, $B_6$, $B_2$, $B_{12}$), perfuzii cu Arginină — sorbitol, Rocmaline, Aminomel etc.

Starea toxică și tendința la colaps se va combate cu preparate cortizonice (Hemisuccinat de hidrocortizon) și analeptice majore (Noradrenalină, Araminol).

În final, se va recurge la **rezolvarea chirurgicală** prin realizarea unui drenaj al căilor biliare. În raport cu obstacolul care a generat staza și infecția se poate face:

— dezobstrucția coledocului cu drenaj;

— colecistectomie cu drenaj coledocian;

**În angiocolita cronică** tratamentul se suprapune cu cel indicat în colecistita cronică nelitiazică cu remarca doar că atunci cînd suferința apare pe un fond litiazic se va propune intervenția operatorie.

**ATREZIE A CĂILOR BILIARE.** Boală congenitală, ea este exprimată prin icter la naștere. Se explică prin lipsa de vacuolare și de canalizare a arborelui biliar, care inițial este format din cordoane pline. Atrezia poate interesa întreg arborele biliar intra- și extrahepatic sau poate fi limitată numai la căile extrahepatice, începînd de la un anumit nivel al coledocului în jos, spre papilă (fig. 82). În această ultimă eventualitate este indicată o **intervenție chirurgicală** de derivație internă biliodigestivă. Procedeul ce se aplică este dictat de nivelul unde începe atrezia, executîndu-se toată gama de anastomoze biliodigestive, de la colangiojejunostomie (anastomoza între jejun și un canal biliar intrahepatic) pînă la coledocoduodenostomie, cînd atrezia este limitată la porțiunea distală, retropancreatică a coledocului.

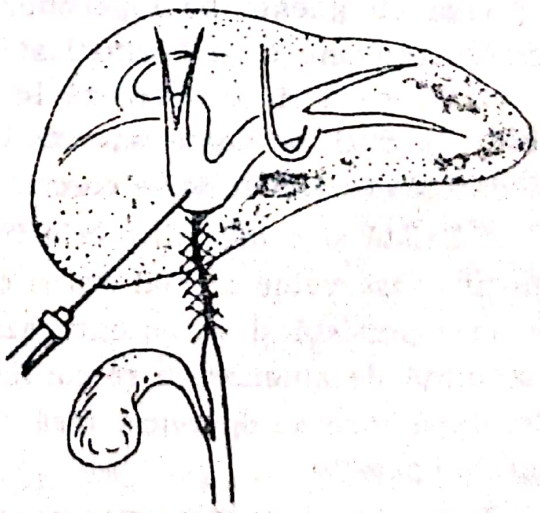


Fig. 82.

Pe lîngă riscul ce-l comportă o intervenție la un nou născut în plin icter mecanic, indicația operatorie mai depinde și de alți

factori : a) o investigație corectă, pentru a elimina toate icterele medicale posibile la un nou născut ; b) intervenția să nu fie amînată mai mult de două luni, căci se instalează o ciroză biliară ireversibilă ; c) dar nici să nu fie grăbită operația, căci procesul de vacuolizare și canalizare a căilor biliare poate continua și după naștere, în literatură fiind menționate cazuri de vindecări spontane.

**BLOC COLECISTIC.** Se prezintă ca o tumoră în hipocondrul drept, fixă, neregulată și dureroasă la palpare, fiind acompaniată de semne generale inflamatorii foarte accentuate. Blocul este o colecistită acută (litiazică sau nu) cu pericolecistită, în care vezicula (de obicei gangrenoasă) face aderențe cu organele din jur pentru a se izola de restul cavității peritoneale. Dacă acest colecist blocat perforează, nu se produce o peritonită generalizată ci un abces pericolecistic sau bloc abcedat.

**Tratamentul este chirurgical.** În ceea ce privește momentul intervenției, se conturează astăzi trei tendințe :

1. Intervenția de urgență.

2. Tratamentul conservator prin repaus absolut fizic și alimentar (eventual aspirație gastrică), alimentație parenterală cu reechilibrare hidroelectrolitică, antibioterapie masivă, antispastice și pungă cu gheață pe hipocondrul drept. După două—trei luni, cînd fenomenele s-au normalizat și blocul s-a rezorbit, bolnavul se reinternează și se operează la rece, motivîndu-se că numai în aceste condiții se poate executa o colecistectomie și eventual o coledocotomie exploratorie corectă.

3. Există și o atitudine eclectică, în care se începe cu un tratament conservator ca mai sus și dacă după 36—48 ore fenomenele generale persistă și se accentuează, se operează. Dacă ele vădesc o tendință de ameliorare se continuă tratamentul încă cinci—șase zile, după care se operează fără ca bolnavul să fi părăsit spitalul pînă la operație.

Tratamentul propriu-zis constă în colecistectomie și drenaj. În unele cazuri starea generală sau locală ne impune un gest de prudență care este colecistostomia cu extirparea tuturor calculilor, mai ales al celor inclavați în infundibul și în cistic, iar dacă există și un abces pericolecistic el se va deschide și drena separat, cu un tub.

Scanned with OKEN Scanner

**CALOT** (triunghiul hepaticocisticocistic). Este format din : a) superior și intern : canalul hepatic ; b) superior : artera cistică ; c) inferior și extern : canalul cistic. El trebuie disecat și pus în evidență în cursul intervenției de colecistectomie pentru a executa corect ligatura arterei cistice, a canalului cistic și pentru a nu leza sau prinde în ligatură canalul hepatic în cursul acestor manevre (fig. 83).

Triunghiul lui Calot se înscrie în triunghiul mai mare a lui Budde, format din : a) superior : fața inferioară a ficatului ; b) inferior și extern : canalul cistic ; c) inferior și intern : canalul hepatic.

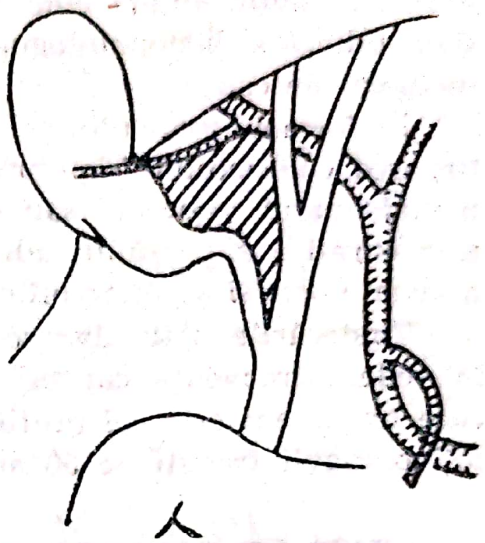


Fig. 83.

**CANCERUL CĂILOR BILIARE EXTRAHEPATICE.** Este o localizare rară, dacă se exclude ampulomul vaterian. Se întîlnește mai des pe coledoc și mai rar pe canalul hepatic și cistic. Forma cea mai frecventă este cea inelară, stenozantă ; numai în mod excepțional proemină o tumoră polipoidă în lumen. Indiferent de forma anatomică, boala evoluează cu semnele unui icter mecanic sau a unei angiocolite cu abcese intrahepatice.

**Tratamentul este chirurgical,** dar șansele de vindecare definitivă sînt practic nule. În funcție de localizare și stadiul evolutiv se poate încerca : a) fie o extirpare radicală, cu o mortalitate operatorie mare ; b) fie o anastomoză biliodigestivă pe un segment biliar situat deasupra stenozei canceroase : de obicei o hepaticojejunostomie, care oferă o supraviețuire de patru—șase luni bolnavului.

**CANCER AL VEZICULEI BILIARE.** Este o neoplazie malignă ce ia naștere în mucoasa veziculei biliare. În majoritatea cazurilor este un adenocarcinom și, mai rar, un cancer cu celule nediferențiate sau scuamocelulare. 90% din veziculele biliare canceroase sînt și litiazice. La indivizii trecuți de 65 ani, 5—10% din veziculele litiazice sînt canceroase.

Boala poate evolua mult timp asimptomatic sau cu semnele unei litiaze biliare. În formele avansate poate apare o tumoră

palpabilă în hipocondrul drept, cu dureri, greţuri şi icter. Colecistografia este de obicei negativă.

**Tratamentul este exclusiv chirurgical.** Succesele operatorii de durată se obţin atunci cînd se execută o colecistectomie pentru litiază biliară şi histopatologul găseşte în peretele veziculei un focar incipient de cancer.

În formele evidente de cancer al veziculei se recomandă extirparea colecistului împreună cu o excizie sectorială din ficat ce include patul veziculei sau chiar o hepatectomie dreaptă reglată şi o curăţire a ţesutului adenolimfatic din jurul arterei hepatice, a venei porte şi a căilor biliare principale.

Vindecările definitive se cifrează la mai puţin de 2%. Avînd în vedere frecvenţa cancerului pe vezicule litiazice, cel mai eficace tratament este cel **profilactic** care constă în colecistectomie la toţi bolnavii trecuţi de 50 ani purtători ai unei vezicule litiazice.

**CHIST DE COLEDOC.** Este o malformaţie congenitală care se manifestă morfologic prin o dilataţie globuloasă a coledocului supraduodenal, iar clinic prin durere, icter şi o masă palpabilă în epigastru, evidente în prima decadă a vieţii.

**Tratamentul este chirurgical** şi se execută o operaţie de decompresiune printr-o chistoduodenostomie sau chistojejunostomie pe ansă exclusă Roux în Y. Unii recomandă extirparea chistului şi implantarea canalului în jejun. Este o operaţie mai delicată şi cu o mortalitate mai crescută.

**COLECIST SEPTAT.** Este o anomalie congenitală produsă din cauză că procesul de cavitaţie a veziculei este incomplet şi rămîn numeroase septuri care delimitează compartimente ce comunică între ele. Radiologic, vezicula se umple cu substanţă de contrast dar se remarcă pe imagine un fin desen mozaicat.

La intervenţie, litiaza şi fenomenele inflamatorii sînt practic absente, dar vezicula are o suprafaţă uşor neregulată şi la palpaţie are consistenţa unui burete de cauciuc. **Tratamentul** acestei anomalii rare constă în colecistectomie.

**COLECISTECTOMIE.** Este operaţia prin care se extirpă vezicula biliară. Indicaţia majoră pentru colecistectomie este colecistita calculoasă cronică sau acută, dar ea se execută ori de cîte ori vezicula şi-a pierdut în mod definitiv rolul şi funcţia de rezervor şi de concentrare a bilei din cauze traumatice, inflamatorii, tumorale sau de altă natură.

Scanned with OKEN Scanner

Pentru a îndepărta colecistul, el se izolează de toate conexiunile sale (canal cistic, arteră cistică, eventuale aderenţe), apoi se decolează din patul veziculei. Această decolare poate începe de la fundul veziculei spre cistic : colecistectomie anterogradă sau de la cistic spre fundul veziculei : colecistectomie retrogradă. Rezultatul final este acelaşi numai manevra este diferită, dictată de starea locală. Înainte de a extirpa vezicula, se poate decola de pe ea seroasa peritoneală care o acoperă ; după ce s-a extirpat, se resuturează seroasa, acoperind patul veziculei (colecistectomie subseroasă) (fig. 84).

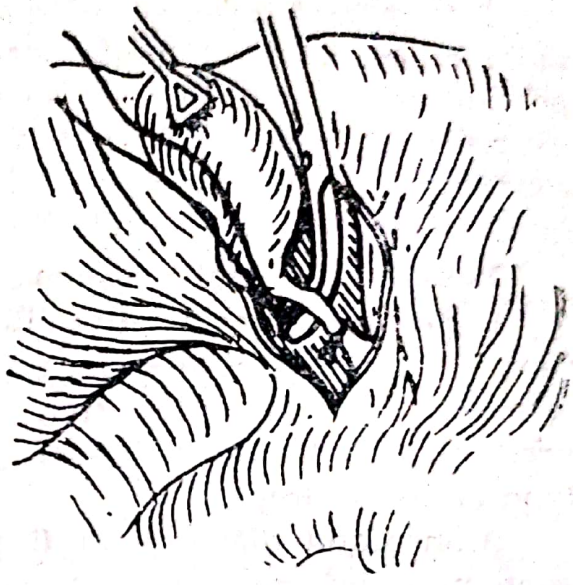


Fig. 84.

În servicii cu posibilităţi de radiologie intraoperatorie se introduce prin canalul cistic o canulă spre calea biliară principală cu ajutorul căreia se execută examene de radiomanometrie pentru a decela prezenţa de calcuri în coledoc sau vreun alt obstacol oddian. În lipsa acestei aparaturi, o explorare manuală a coledocului este obligatorie înainte de închiderea plăgii.

**COLECISTITA ACUTĂ** (C. A.). Este inflamaţia acută a veziculei biliare cu precizarea că, de multe ori, procesul patologic este extins şi la căile biliare extraveziculare. Însămînţările din bilă şi peretele vezicular au demonstrat că infecţia reprezintă cauza cea mai frecventă a bolii (50—75%). De altfel, incidenţa C. A. s-a redus simţitor în urma introducerii antibioticelor în terapeutică. La 80—90% din bolnavi, C. A. apare pe fondul unei litiaze biliare.

În prescrierea unui tratament judicios se vor lua în considerare atît formele anatomoclinice (cataralĕ, supurată, gangrenoasă), cît şi cele etiologice de boală (postoperatorie, gravidică, tifică, alergică etc.). În plus, apariţia complicaţiilor severe marchează o nouă orientare în conduita terapeutică, precipitînd rezolvarea chirurgicală. În orice caz, este bine ca un bolnav cu C. A. să fie spitalizat într-un serviciu care să permită o dublă supraveghere : internistică şi chirurgicală.

**Tratamentul profilactic** va încerca rezolvarea tuturor focarelor infecţioase din organism care, pe cale hematogenlimfatică, ar putea să afecteze şi vezicula biliară (apendicită, metroanexită, pielonefrită, bronhopneumopatii cronice).

Tratamentul stazei şi inflamaţiilor duodenale, precum şi corectarea aclorhidriei vor limita posibilitatea de propagare a infecţiei pe cale ascendentă. În plus, se vor combate toţi factorii endo- şi exogeni care predispun la apariţia dischineziilor biliare care, odată constituite, pot să favorizeze infecţia căilor biliare prin tulburări în stocarea şi eliminarea bilei.

**Tratamentul curativ** dispune de numeroase mijloace.

1. **Măsuri igienodietetice.** Repausul la pat este indicat atîta timp cît elemente clinice şi paraclinice pledează pentru un proces infecţios activ. În acelaşi timp, se recomandă aplicarea de comprese alcoolizate, iar în formele grave pungă cu gheaţă la nivelul hipocondrului drept.

Alimentaţia dietetică va fi alcătuită atît în raport cu forma anatomoclinică, cît şi cu faza evolutivă a bolii. Prin ea trebuie să asigurăm reducerea procesului de colereză şi de excreţie biliară, precum şi prevenirea unor spasme sfincteriene cu rol în apariţia şi întreţinerea perturbărilor dischinetice. În primele 24—48 de ore (în formele severe această perioadă se poate prelungi) se instituie o dietă compusă exclusiv din ceaiuri de mentă, muşeţel, tei, uşor îndulcite şi călduţe, sucuri de fructe, limonadă, supe de zarzavat strecurate. În raport cu evoluţia bolii alimentaţia se completează treptat cu amilacee (griş, fulgi de ovăz etc.), legume pasate (supe de morcovi, cartofi), compoturi, paste făinoase, pîine albă, brînzeturi proaspete. Apoi, se va introduce în dietă carnea slabă sub formă de rasol (peşte de apă dulce, slab : ştiucă, şalău ; pasăre, viţel), laptele ecremat, eventual şi iaurt. În orice caz, grăsimile (ulei, unt, smîntînă) se vor administra în momentul cînd procesul patologic s-a stins, fiind necesare pentru combaterea stazei şi refacerea funcţională a veziculei biliare.

În formele grave de boală, cînd există intoleranţă gastrică, se recurge la aspiraţie gastrică cu corectarea tulburărilor hidroelectrolitice (conform ionogramei), făcîndu-se în acelaşi timp şi o completare calorică prin perfuzarea de fructoză, glucoză şi aminoacizi.

2. **Tratamentul medicamentos.** Antibioticele au redus nu numai incidenţa generală a C. A., ci şi sfera indicaţiilor chirurgicale. De fapt, în prezent, medicaţia în această boală este axată, în primul rînd, pe combaterea procesului infecţios. În formele uşoare, cînd nu există intoleranţă digestivă şi cînd administrarea antibio-

Scanned with OKEN Scanner

ticelor poate fi temporizată, se poate încerca efectuarea unei antibiograme după o identificare prealabilă a germenilor prin bilicultură. În restul cazurilor, în lipsa antibiogramei, se va avea în vedere că germenii gram-negativi au incidența statistică cea mai mare. Din această cauză, în asemenea circumstanțe este bine ca tratamentul să se înceapă cu antibiotice cu spectru larg aplicate precoce și în doze corespunzătoare, evitîndu-se unele asociații medicamentoase care pot să influențeze eficacitatea acestora. De cele mai multe ori, în C.A. vezicula biliară este exclusă prin afectarea zonei infundibulocervicocistică. În consecință, se va limita administrarea antibioticelor cu eliminarea predominant biliară, vezicula biliară fiind în aceste condiții, accesibilă antibioticelor numai pe cale hematogenă. În plus, procesului infecțios acut i se asociază frecvent și o alterare parenchimatoasă hepatică care, de asemenea, va impune unele restricții în prescrierea antibioticelor. În general, este criticată administrarea de rutină a penicilinei în asociație cu streptomicina, medicație de cele mai multe ori ineficace, întîrziind, în acest fel, vindecarea procesului patologic. Ampicilina, penicilină semisintetică, întrunește o serie de calități care o plasează printre antibioticele de elecție în tratamentul C. A. În general, este bine tolerată, are un spectru larg de acțiune (inclusiv unii germeni gram-negativi : coli, proteus etc., iar concentrațiile din bilă și sînge se realizează la un nivel optim din punct de vedere terapeutic. Se pot administra atît per os (capsule de 250 mg din 6 în 6 ore sau 500 mg din 8 în 8 ore) ; la nevoie se pot prescrie și i.v. în injecții sau perfuzii de cîte 250 mg (soluțiile se vor prepara extemporaneu). Tratamentul se continuă încă trei—cinci zile după dispariția febrei și ameliorarea semnelor clinice și a datelor biologice.

Dacă nu există contraindicații hepatice și renale se pot folosi cu succes și tetraciclinele. Dintre acestea, un loc aparte îl ocupă preparatul Solvocilin, un derivat solubil de tetraciclină, flacoane de 300 mg care se administrează i. v., tot la 12 ore. În caz de toleranță digestivă păstrată, tetraciclinele se pot prescrie și per os : drajeuri sau capsule de 250 mg sau 125 mg, 1—2 g/24 ore, doză repartizată în patru prize.

Un preparat cu rezultate bune în infecțiile biliare este și Sigmamycina, în compoziția căreia intră oleandomicină și tetraciclină : flacoane de 350 mg care se administează i. v. din 8 în 8 ore. Cloramfenicolul, deși cu o eliminare biliară mai slabă, are un spectru larg de acțiune și se poate recomanda și în C. A. Există

sub formă de drajeuri sau capsule 250 mg, respectiv 125 mg, doza în 24 de ore de 1—3 g, repartizate în patru—șase prize. Se poate administra și parenteral, i. m. sau i. v., sub formă de Cloramfenicol hemisuccinat, un ester succinic al Cloramfenicolului, în doză de 0,5 g, la interval de 6—8 ore. De notat că indicația odeandomicinei și cloramfenicolului este limitată de prezența fenomenelor de colestază hepatică. Desigur că atunci cînd există risc vital și cînd intervenția chirurgicală este contraindicată (tarați, bătrîni cardiaci decompensați) se poate prescrie orice antibiotic care ar putea salva bolnavul, indiferent dacă acesta este grevat de unele efecte nocive. Deși în infecțiile biliare antibiograma are o importanță relativă, totuși, ea poate aduce date utile pentru orientarea în alegerea antibioticului.

În plus, nu se va renunța, mai ales în formele ușoare de C.A. la medicația antiinflamatorie și antiinfecțioasă clasică ; ea are, în plus, și efecte antitermice și antialgice : urotropina, antipirina, salicilații, piramidonul, fenacetina. În caz de grețuri și vărsături este bine ca această terapie să se administreze, după toleranță, parenteral sau intrarectal. Uneori, la nevoie, în formele gangrenoase de colecistită se poate prescrie și ser antigangrenos polivalent.

În afară de medicația cu caracter etiopatogenetic în C. A. sîntem nevoiți, deseori, să utilizăm și o terapie simptomatică pentru combaterea durerii, greșurilor și vărsăturilor, precum și a constipației.

Astfel, prin administrarea de antispastice se pot influența atît durerea cît și greșurile și vărsăturile. În acest scop se prescriu : Atropină (0,5—1 mg, s. c. sau i. v.), Scobutil (fiole 10 mg sau supozitoare de 10 și 7,5 mg), Papaverină (fiole 40 mg), Scobutil compus (fiole 20 mg sau supozitoare 10 mg), Lizadon (supozitoare 2—4/24 de ore), precum și unele anticolinergice de sinteză injectabile. În plus, se mai recomandă : procaină sau xilină 0,5—1% 10 ml i. v. ; Miofilin i. v. fiole de 240 mg ; Algocalmin supozitoare sau fiole i. m. sau i. v. și Antidoren fiole i. m. Pentru mărirea eficacității terapeutice, unele din aceste substanțe se pot prescrie asociat, existînd diverse scheme de administrare. Contra greșurilor se recomandă : Emetiral 25 mg supozitoare ; Romtiazin fiole 30 mg i.m. sau i.v. ; Clordelazin fiole 25 mg i.m. sau poțiuni calmante gastrice : Rp. Apă de mentă ; Apă de melisă ; Apă cloroformată aa 60 g ; Sirop de beladonă 30 ml ; Novocaină 0,5 g D.S int. o lingură la 6 ore.

Scanned with OKEN Scanner

Constipația va fi combătută cu ulei de parafină (1—2 linguri/24 de ore); în caz de intoleranță digestivă se pot încerca supozitoare cu glicerină sau o clismă evacuatorie cu o cantitate moderată de apă.

În plus, la bătrîni și tarați, precum și în formele severe de boală se vor administra vitamine, roborante — anabolizante urmărindu-se cu atenție și corectarea dezechilibrelor hidroelectrolitice.

3. **Tratamentul chirurgical.** Prin tratamentul antiinfecțios modern unele C.A. se vindecă, evitîndu-se, astfel, intervenția chirurgicală. Totuși inflamația acută a veziculei biliare are indicație chirurgicală pentru două motive majore : a) 80—90% din colecistitele acute sînt calculoase și b) orice colecistită acută simplă catarală poate evolua, chiar sub tratament corect, spre forma gangrenoasă și una din complicațiile ei : empiem al veziculei biliare, bloc pericolecistic, perforația veziculei cu abces pericolecistic sau peritonită biliară generalizată, fistule colecistenterice (duoden, colon drept, jejunoileon).

Intervenția chirurgicală se execută în urgență „imediată" la formele avansate gangrenoase, supurative, în caz de complicații (în special peritonită generalizată) și la diabetici, căci evoluția este fulminantă și cu o mortalitate încărcată.

În celălalte cazuri, intervenția se va executa în urgență „amînată" : formă cu stare generală bună ; formă cu evoluție bună dar diagnostic incert, care cere investigații complimentare ; formă mai puțin gravă la indivizi în vîrstă, cu tare organice, care trebuie corectate.

Tratamentul medical preoperator constă în : aspirație nasogastrică ; reechilibrare hidroelectrolitică ; analgezie fără morfină ; numai în cazuri mai grave se dau antibiotice de tipul ampicilină, cloramfenicol, tetracicline.

Operația de preferat este colecistectomia și, eventual, coledocotomia exploratorie. Cînd starea generală sau locală nu permite această operație ideală, atunci se va recurge la colecistostomie, intervenție ușoară, rapidă, executabilă și în anestezie locală, care salvează viața.

**COLECISTITA CRONICA NECALCULOASĂ.** Este inflamația cronică a peretelui veziculei biliare care poate să urmeze unei colecistite acute sau să se prezinte cu alură cronică de la început. Leziunea poate să aibă origine infecțioasă (colecistită cronică in-

Scanned with OKEN Scanner

fecţioasă) sau chimică, cînd componente ale secreţiei biliopancreatice pot altera structurile peretelui vezicular (colecistită cronică chimică).

Privită în raport cu alte afecţiuni ale căilor biliare (diskinezii, litiază biliară) se pot sesiza aspecte corelative interesante, cu unele implicaţii terapeutice. Diskineziile, ca şi litiaza biliară, se înscriu ca factori favorizanţi în aparaţia colecistitei cronice, după cum şi aceasta la rîndul ei poate constitui un teren propice pentru dezvoltarea primelor afecţiuni. În acelaşi timp, trebuie remarcat faptul că statistic cazurile de colecistită cronică fără litiază au o incidenţă cu mult mai mică decît acelea la care se constată această asociere (25%, statistică pe material chirurgical). În orice caz, excluderea unei litiaze biliare prin mijloacele medicale actuale nu poate fi afirmată întotdeauna cu certitudine, fapt de care trebuie ţinut seama în aprecierea rezultatelor terapeutice.

În plus, este necesară depistarea şi înlăturarea tuturor factorilor care ar putea declanşa sau întreţine inflamaţia cronică a veziculei biliare : alimentaţie iritantă pentru stomac şi duoden ; tulburări endocrine de tip hiperfoliculinism, hipotiroidism ; alergie alimentară, bacteriană şi spasmofilie.

De asemenea, în prescrierea tratamentului trebuie avută în vedere şi evoluţia cronică a bolii cu frecvente acutizări, iar în final cu apariţie de complicaţii, unele dintre ele redutabile (pancreatită cronică, colangită cronică, hepatită cronică).

**Tratamentul curativ** dispune de măsuri multiple.

1. **Măsuri igienodietetice.** Există autori care acceptă ipoteza după care o alimentaţie pregătită neigienic şi consumată ca atare mult timp ar putea să joace un rol etiopatogenic de bază în colecistita cronică necalculoasă. În orice caz, în boala odată constituită prescrierea unei alimentaţii dietetice reprezintă un act terapeutic esenţial. În formularea regimului alimentar va trebui să se respecte şi unele norme generale dietetice. De la început este necesară precizarea după care un regim de cruţare nu înseamnă, în acelaşi timp, şi un regim de restricţie care ar impune eliminarea abuzivă şi nefondată a unui mare număr de produse alimentare. Starea de nutriţie, unele asociaţii morbide (gastroduodenite, colite etc.), precum şi obişnuinţele alimentare reprezintă tot atîţia factori care obligă la o adaptare a dietei de la caz la caz. În pregătirea reţetelor dietetice nu se vor folosi rîntaşurile, sosurile indigeste ca şi unele condimente iritante (piper, ardei, usturoi, muştar etc.). Se vor administra prînzuri mici şi repetate (5—6/24 ore) cu interzicerea ingestiei de apă în timpul mesei. De asemenea, se vor inter-

Scanned with OKEN Scanner

zice : maionezele, untura de porc, seul, carnea grasă (porc, oaie, gîscă, rață), vînatul, mezelurile, conservele de carne, legumele și leguminoasele cu conținut bogat în celuloză nedigerabilă, brînzeturile fermentate, ciocolata, lichidele reci, băuturile tari. În orice caz, se va ține seama și de intoleranțele alimentare individuale, unele dintre ele create artificial, reprezentînd adevărate iatrogenii dietetice. Se știe că, în general, persoanele cu colecistită cronică nu suportă ouăle și grăsimile animale, fapt pentru care ele sînt eliminate formal din alimentație. Și totuși, disimularea acestora prin includerea în unele preparate culinare va reduce, în mod semnificativ, procentajul cazurilor de intoleranță. Ca și în diskineziile hipertone se recomandă ingestia de ceaiuri și infuzii calde după fiecare masă (mentă, sunătoare, mușețel, tei etc.).

În plus, uneori în perioadele de acutizare care se prelungesc și unde tabloul clinic este dominat de durere și stare infecțioasă se mai recomandă repaus la pat, eventual spitalizare.

2. **Tratamentul medicamentos.** Un loc aparte în terapia colecistitei cronice necalculoase îl ocupă „drenajul biliar conservator" pentru combaterea stazei biliare. Aceasta se suspectează la bolnavii cu sindrom dispeptic biliar și cu crize repetate migrenoase. Tubajul duodenal (bilă hiperconcentrată, tulbure) și, în special, examenul radiologic stabilesc diagnosticul și precizează gradul hipotoniei veziculare. Drenajul biliar se realizează, în primul rînd, prin utilizarea de colagoge, substanțe care antrenează o evacuare a veziculei biliare. Colereticele, deși nu au efecte colecistokinetice, produc, totuși, o spălare a căilor biliare prin creșterea secreției de bilă și deschiderea consecutivă a sfincterului lui Oddi. Separarea în droguri colagoge și, respectiv, coleretice este oarecum arbitrară deoarece o bună parte dintre acestea însumează ambele efecte farmacodinamice. În plus, în practică există numeroase specialități medicamentoase realizate prin asocierea, în proporții variabile, a diverselor colagoge-coleretice. Oricum, prin înlăturarea stazei se urmărește pe lîngă eliminarea unor simptome neplăcute (greață, vărsături, migrenă etc.) și combaterea și prevenirea infecției căilor biliare. În același timp, trebuie accentuat și asupra rolului important pe care poate să-l joace staza, împreună cu infecția, în litogeneză.

Tratamentul cu colagoge-coleretice se recomandă să se facă în cure intermitente și să dureze mai mulți ani, fiind contraindicat în perioadele dureroase ale bolii sau în zilele care urmează unor colici biliare severe. În aceste condiții, se indică aplicarea

unui drenaj progresiv, cu colagoge-coleretice cu efecte farmacodinamice moderate și în doze mai reduse. Substanțele cu acțiune dominant colagogă-colecistokinetică au fost expuse, în marea lor majoritate, cu ocazia discutării tratamentului atoniei veziculare. Aici se vor detalia unele aspecte privind drogurile cu acțiune predominant coleretică care, în general, sînt bine tolerate în colecistopatiile dureroase. Printre acestea cele mai eficace ar fi preparatele pe bază de săruri : Colebil, care conține 100 mg bilă de bou uscată, drajeuri 1—3/24 ore ; Fiobilin (acid dehidrocolic) comprimate 250 mg, 1—2 după mese sau fiole 10% i.v. Ambele medicamente se administrează în cure intermitente, avînd, în același timp și avantajul unei acțiuni coleretice de durată din cauza integrării sărurilor biliare în circuitul enterohepatic. O prescripție magistrală, clasică, cu efecte coleretice și laxative în același timp, este soluția Bourget (**Rp.** Sulfat de Na 6 g ; Bicarbonat de Na 4 g ; Fosfat de Na 2 g ; 1 pachet la 1 litru de apă) din care se administrează cîte un pahar de 150-200 ml de două sau de trei ori în 24 ore, înainte de masă cu 20—30 minute. Soluția trebuie să fie călduță, bolnavul așezîndu-se în decubit lateral drept. Se pot face cure repetate de cîte 15—20 de zile, menționînd, în același timp, că soluției Bourget i se pot aduce unele modificări atît în privința dozajului cît și a elementelor componente (sulfat de magneziu sau salicilat de sodiu, în doze mici). În prezent, există în circulație o gamă variată de preparate cu efecte predominant coleretice, gamă care se lărgește în permanență : Sulfarlem, Hebucol, Pronacol, Driol, Icteryl, Digibil, Vanilone, Bilamid, Dyskinebil, ulei de Haarlem, Vesidryl, Sulfoboldine, Orthobil, Higlaex etc.).

În plus, concomitent cu soluția Bourget este bine să se administreze și novocainā sau xilină 1%, per os, pentru a se mări drenajul prin facilitarea deschiderii sfincterului lui Oddi.

Un alt obiectiv important al tratamentului medicamentos este și combaterea infecției biliare. Aceasta poate fi demonstrată prin biliculturi (cînd sondajul duodenal nu are contraindicații) sau poate fi suspectată prin elemente clinice (frison, febră, transpirații) și de labtorator (VSH crescut, leucocitoză, fibrinogen crescut etc.). Se preferă administrarea de antibiotice cu spectru larg în perioade scurte de una—două săptămîni, parenteral sau per os, respectîndu-se indicațiile și contraindicațiile expuse la tratamentul colecistitei acute. Deși în ultima vreme au apărut unele rezerve în privința introducerii antibioticelor pe sondă duodenală, totuși, în practică se obțin rezultate satisfăcătoare, mai ales dacă se asociază și cu drenaj biliar controlat.

Scanned with OKEN Scanner

După schema indicată la dischineziile biliare se va încerca și în colecistitele cronice o corectare a terenului spasmofilic și alergic, precum și a tulburărilor neurovegetative și endocrine (hiperfoliculinism, hipotiroidism, climax).

De multe ori, în practică sîntem nevoiți să aplicăm și un tratament simptomatic. Astfel, va trebui să combatem durerea care deseori se constituie ca simptom clinic dominant, trenant, cu repercusiuni asupra capacității de muncă. În acest scop, se recomandă, după fiecare masă, la nevoie și mai des, ingestia de infuzii și ceaiuri calde (mentă -melisă, tei, sunătoare, mușețel) asociate cu antispastice și antialgice (Lizadon, Fobenal, Bergonal, Scobutil, Algocalmin etc.). În lipsa febrei se pot aplica comprese calde în regiunea apigastrică și a hipocondrului drept. Mai rar, durerea poate lua o alură colicativă, situație care reclamă și o administrare parenterală a medicației antialgice (Papaverină, Atropină, Xilină 1%, Miofilin, Clordelazin etc.).

De asemenea, probleme terapeutice pune și sindromul dispeptic biliar (grețuri, vărsături, balonări, apetit capricios, tendință la constipație, mai rar diaree). Pe lîngă medicația antiemetică obișnuită (Emetiral, Clordelazin, Romtiazin, infuziile de mentă-melisă, poțiunea Rivieri) o largă utilizare cunoaște Sorbitolul (hexitol) care, pe lîngă efecte coleretic-colagoge stimulează secreția pancreatică și tranzitul intestinal (indicat în constipație, balonări). Se administrează înainte de mese, în pachete de 5 g. Din cauza acestor multiple acțiuni sorbitolul a fost inclus în numeroase preparate: Arginine-sorbitol, Bourget--sorbitol, Dibilene, Ortyl-sorbitol, Sorbiline, Sorbitphilline, Norbiline, Hepasorbil etc.). Tot în acest scop se mai pot prescrie și unele coleretice-colagoge care prin drenajul biliar pe care îl inițiază pot să influențeze sindromul dispeptic (Carbicol, Fiobilin, Colebil, Peptocolin, Boldocolin). În plus, se vor corecta deficiențele enzimatice pancreatice (Triferment, Festal, Fexază, Cotazym etc.), ca și aclorhidria (acidopeps una—două tablete în timpul fiecărei mese sau în prescrierea magistrală: Rp. Acid clorhidric oficinal; Pepsină aa 20 g; Apă 100 g D.S. o linguriță la 1/2 pahar apă în timpul mesei).

3. **Tratamentul hidromineral.** În perioadele de acalmie fără elemente clinice și biologice de activitate infecțioasă (VSH, leucocitoză, fibrinogen etc.) bolnavii cu colecistită cronică vor beneficia de cure repetate cu ape minerale în stațiunile Sîngiorz, Slănic-Moldova, Olănești, Călimănești. Cînd se asociază aclorhidria, tratamentul hidromineral se va face în stațiunile Borsec și Căciulata.

Scanned with OKEN Scanner

**COLECISTOSTOMIE.** Este o operație conservatoare simplă prin care vezicula biliară se deschide la tegumente permițînd conținutului ei să se verse înafară. Dacă cisticul este permeabil, colecistostomia îndeplinește și funcția unui drenaj biliar extern.

Ea este indicată în toate cazurile unde colecistectomia și coledocotomia de drenaj biliar nu se pot executa din cauze locale sau generale ale bolnavului.

Deși poate fi un act terapeutic definitiv, urmat de vindecare, colecistostomia este privită în general ca un prim timp, de ordin vital, care va fi urmat de o a doua intervenție, radicală.

Tehnic se execută printr-o incizie mică la fundul veziculei biliare prin care se evacuează vezicula de puroi și conținut calculos (în special calculii inclavați în cistic și infundibul); apoi, se introduce în veziculă o sondă Pezzer nr. 20. Se fixează sonda prin două burse, marginile inciziei fiind inversate. Fundul veziculei, pe unde iese sonda, se fixează pe cît posibil la buzele inciziei operatorii sau la buzele unei mici contraincizii. Un dren de cauciuc în dreptul veziculei este obligator, mai ales cînd aducerea la perete a veziculei nu este posibilă (fig. 85).

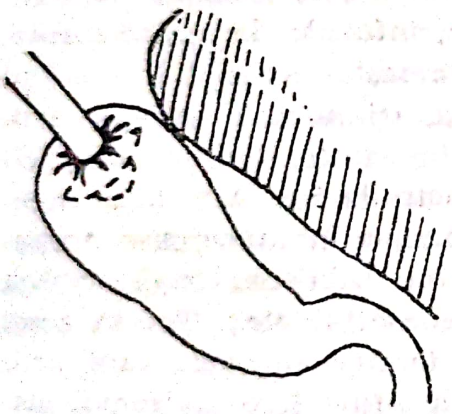


Fig. 85.

Cînd fundul veziculei este gangrenos se face o hemicolecistectomie, iar colecistostomia se execută pe porțiunea rămasă pe loc.

În postoperator drenul subhepatic se scoate după o săptămînă, iar sonda din vezicule se extrage cam după două săptămîni. Dacă cisticul este permeabil și căile biliare principale sînt libere, orificiul de colecistostomie se închide spontan în patru—cinci zile. În caz că bila continuă să curgă cu aceeași intensitate, o colangiografie introducînd substanța de contrast prin orificiul de colecistostomie ne va arăta prezența posibilă a unui obstacol în coledocul terminal.

**COLECISTOZE.** Formează un grup eterogen de colecistopatii cronice, nelitiazice, de natură dismetabolic-hiperplazică la care nu se asociază elemente care să trădeze o inflamație cronică a veziculei biliare (inflamația se poate grefa, însă, în evoluția procesului patologic).

Scanned with OKEN Scanner

În raport cu mecanismele de producere se pot clasifica în următoarele grupe : a) colesteroloze (consecință a unor tulburări în metabolismul colesterolului și calciului) : vezicula „fragă" ; vezicula calcară (de porțelan) ; b) diverticuloza intramurală ; c) polipoza veziculară. Poate cu excepția veziculei calcare, diagnosticul în aceste colecistopatii este dificil de elaborat, de cele mai multe ori precizîndu-se intraoperator.

În vezicula „fragă", pe fondul roșietic al mucoasei, se văd mici granule galbene, mate, care microscopic se dovedesc a fi hipertrofia vilozităților mucoasei cu îngroșări în măciucă datorate unei aglomerări de celule macrofage încărcate cu esteri de colesterol sau lipide. Leziunea poate fi localizată sau difuză. Evoluează cu crize dureroase pe un fond de dispepsie biliară. Vezicula este hiperopacifiată și hiperkinetică radiologic. Bila B la sondaj duodenal este foarte îngroșată și bogată în cristale de colesterol.

Boala este rezistentă la **tratament medical,** fapt pentru care se indică **tratament chirugical** (colecistectomia), cu rezultate foarte bune. Totuși, decizia pentru a extirpa vezicula biliară întîmpină dificultăți în preoperator din cauza lipsei unor semne specifice, iar intraoperator din cauză că la aspect și la palpare vezicula pare normală. Numai după extirparea și deschiderea veziculei se poate pune în evidență aspectul ei tipic de „veziculă fragă".

**COLEDOCODUODENOSTOMIE** (C. D.). Este o tehnică frecventă de anastomoză biliodigestivă.

1. **C. D. laterolaterală supraduodenală** are avantajul unei execuții simple și a unei bune siguranțe contra recidivei colicilor în caz de calcul uitat sau de papilite scăpate din vedere. Dezavantajul este fundul de sac coledocian retroduodenal pe care-l lasă în aval de anastomoză. Este indicată în calculi în coledoc dilatat, în calculi coledocieni multiplii asociați cu pancreatită cronică, în papilita stenozantă, în calculul intrahepatic cunoscut, dar inextirpabil și în stenoza tubulară a coledocului retropancreatic în urma pancreatitei cronice. Este contraindicată în calculul inclavat în papila lui Vater (se face papilotomie transduodenală) și în cancerul papilei sau al capului de pancreas (de preferat coledocojejunostomia).

Tehnica de execuție trebuie să asigure obligatoriu o gură de anastomoză adecvată (2—3 cm diametru). Metoda standard face incizie verticală pe coledoc și incizie longitudinală pe duoden (la 3 mm distanță). O variantă este cu incizia transversală pe duoden (fig. 86).

Scanned with OKEN Scanner

În postoperator, bolnavul poate acuza sindromul fundului de sac retropancreatic (3—4%) cu fenomene de colangită, dar numai dacă anastomoza a fost confecționată prea mică sau s-a stenozat (dacă nu, cumunicarea largă cu duodenul asigură drenajul fundului de sac și previne staza cu infecția ascendentă).

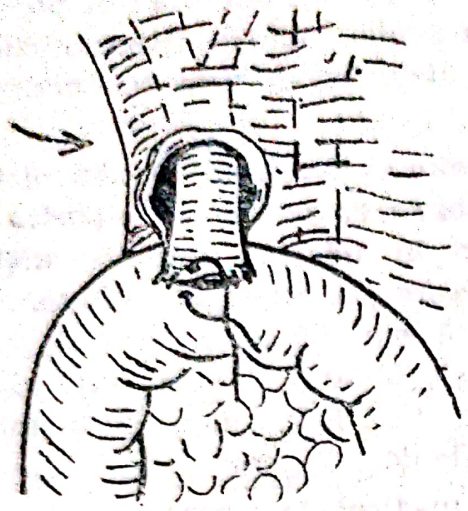


Fig. 86.

2. **C. D. laterolaterală retroduodenală** se execută între coledocul preparat retroduodenal și peretele posterior al duodenului. Fundul de sac retropancreatic rămîne și aici.

3. **C. D. terminolaterală** (implantarea coledocoduodenală). Desființează fundul de sac retropancreatic, dar favorizează stenoza postoperatorie, staza și infecția ascendentă din duoden. De aceea, trebuie asociată cu o rezecție gastrică tip Billroth II, ceea ce scade mult din interesul pentru operație.

4. **C. D. internă.** Este de fapt o extracție transduodenală de calcul, dar incizia este oprită deasupra papilei, pe care nu o taie.

**COLEDOCOLITIAZA.** Este prezența de calculi biliari în hepatocoledoc. Ei provin din vezicula biliară migrînd prin cistic. În mod excepțional, calculii pot fi autohtoni, iau naștere în hepatocoledoc după extirparea veziculei, cauză favorizantă fiind staza biliară prin obstacol oddian. Coledocolitiaza poate fi asimptomatică timp de mai mulți ani sau să se manifeste clinic prin dureri sub formă de colici în hipocondrul drept cu iradieri în umărul drept, acompaniate de un icter mecanic în general incomplet și trecător dar care se poate complica uneori cu o angiocolită.

**Tratamentul** coledocolitiazei este, în general, **chirurgical** și constă în extragerea calculilor din coledoc printr-o coledoctomie supraduodenală. Aceasta se execută cu ocazia unei intervenții de colecistectomie, atunci cînd : a) la palparea coledocului se simt calculi ; b) colangiografia intraoperatorie (introducînd substanța de contrast prin bontul cistic) ne arată imagini de calculi ; c) hepatocoledocul este dilatat peste 12 mm diametru ; d) în antecedentele bolnavului au existat crize repetate, acompaniate de icter (fig. 87).

Scanned with OKEN Scanner

Coledocotomia exploratorie supraduodenală trebuie să satisfacă următoarele obiective : a) să permită extragerea tuturor calculilor din coledoc cu ajutorul unor pense de calculi și sonde speciale ; b) să verifice pasajul oddian, acceptabil pentru o sondă calibrată de cel puțin 4 mm diametru (în caz contrar, se va executa o sfincterotomie sau o coledocoduodenostomie) ; c) dacă pasajul oddian este liber, incizia de coledocotomie se va sutura în jurul unui tub de dren în T (Kehr) prin care, încă pe masa de operație, înainte de închiderea plăgii, se va executa o nouă colangiografie intraoperatorie de verificare pentru vreun calcul rămas în coledoc.

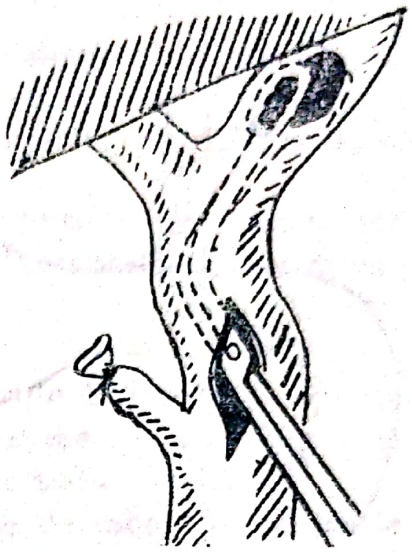


Fig. 87.

**COLEDOCOTOMIE EXPLORATORIE.** Este indicată în : a) litiază a coledocului ; b) angiocolită ; c) ictere mecanice de cauză neprecizată ; d) unele ictere medicale prelungite.

De regulă, se execută coledocotomie supraduodenală printr-o incizie verticală de 1,5—2 cm lungime aplicată pe peretele anterior al coledocului, între cistic și marginea superioară a lui $D_I$, cam la 5—10 mm deasupra acestuia.

De îndată ce s-a executat incizia se prelevă puțină bilă pentru examen bacteriologic și testare, după care se trece la următoarele manevre :

1. Extragerea și curățirea coledocului de tot ceea ce este străin de el : calculi, noroi biliar, vezicule de chist hidatic hepatic, ascarizi etc. (se execută cu un instrumentar adecvat : pense, linguri, sonde, terminînd cu cîteva spălături ale coledocului prin jet puternic de ser fiziologic călduț).

2. Controlul vacuității reale a hepatocoledocului pe toată întinderea lui și a permeabilității sale în special a coledocului inferior și a sfincterului lui Oddi (se execută cu sonde dilatatoare tip Bakes, trecerea ușoară în duoden a sondei nr. 6 indicînd o bună permeabilitate). Se poate întîlni o stînjenire sau o oprire totală a trecerii în duoden de cauze diferite : a) pancreatită cronică, cancer de cap de pancreas, tumori de coledoc etc. ; b) calcul inclavat în papilă, odită scleroasă, ampulom vaterian etc.

Scanned with OKEN Scanner

În funcție de cele constatate la explorarea coledocului intervenția se poate termina : a) în mod excepțional, cu resuturarea coledocului ; b) de regulă, cu un drenaj Kehr simplu (fig. 88) ; c) în prezența unui obstacol pe coledocul inferior, după caz : cole-

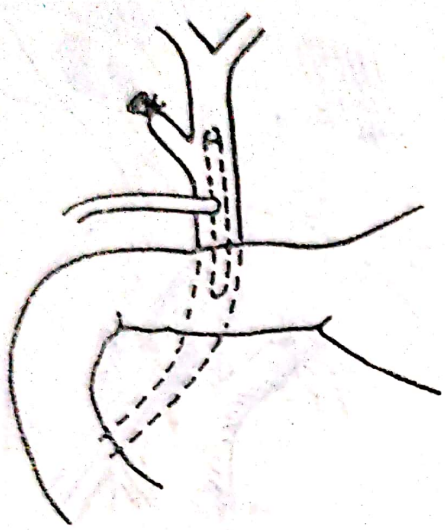


Fig. 88.

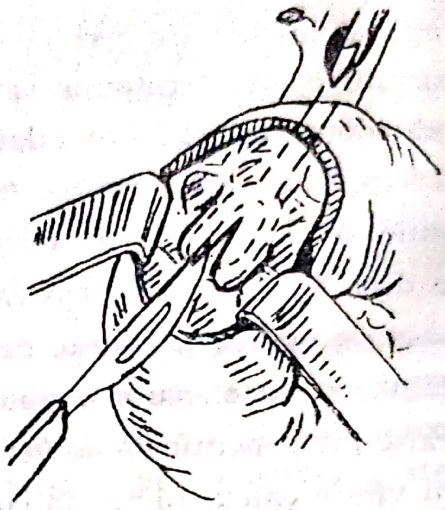


Fig. 89.

docoduodenostomie, sfincteropapilotomie (fig. 89), intervenții de exereză largă.

Cînd se instituie un drenaj Kehr simplu se recomandă a se executa o colangiografie prin tubul T încă intraoperator, înainte de închiderea plăgii parietale.

**COLICA BILIARĂ.** Medicamentul de elecție este petidina (50 mg diluat în 10 ml apă distilată), injectată lent intravenos. În cazuri severe doza poate fi repetată după o oră. Morfina și derivații săi, mult timp considerate ca tratamentul standard al colicii biliare, s-au dovedit mai ineficace în suprimarea durerii. Se poate folosi morfina precedată de atropină (0,6 mg) cu 10—15 minute (atropina ar relaxa sfincterul lui Oddi). Ceva confort se mai obține prin căldură aplicată pe hipocondrul drept, sub forma unei perne electrice calde.

Dacă atacul de colică biliară e urmat de icter înseamnă că aproape sigur un calcul a pătruns în coledoc. În caz că este vorba de un icter moderat, tratamentul de espectativă are frecvent succes. Rămîne valabilă regula de a nu te grăbi să operezi un pacient care a avut o colică biliară recentă. Chiar în cazuri de icter moderat așteptarea poate fi folositoare pentru că poate feri pacientul de operație într-un moment nefavorabil. Adesea icterul dispare

Scanned with OKEN Scanner

chiar dacă la viitoarea operație găsim calculi în coledoc. Icterul înseamnă funcție hepatică deprimată. A opera pe pacienți cu funcție hepatică deprimată înseamnă a avea un număr de insuccese neașteptate în perioada postoperatorie, neexplicate prin leziuni anatomice (sindrom hepatorenal).

Trei-patru zile după ce au dispărut simptomele și icterul (dacă a fost) s-a decolorat se execută o colecistografie. În majoritatea cazurilor examenul va arăta că este bolnav colecistul și operația va urma la un moment potrivit.

Uneori se întîlnesc colici biliare unde icterul devine tot mai profund și febra pacientului arată că apare colangită. În acest caz, întîrzierea cu operația este o greșeală.

**DISKINEZII BILIARE** (D. B.). Diskineziile biliare sînt privite ca tulburări motorii ale căilor biliare extrahepatice cu consecințe în dinamica procesului de stocare și de evacuare a bilei.

Prin coroborarea datelor clinice cu cele de laborator se poate formula un diagnostic corect al formei de D.B., moment esențial în aplicarea unui tratament corespunzător.

D.B., indiferent de forma sub care se manifestă, se pot clasifica în primare și secundare. În prima eventualitate, diskineziile sînt pur funcționale recunoscînd un substrat lezional „biochimic", condiționat de perturbări în sistemul colecistokinină-anticolecistokinină. În schimb, cele secundare, care sînt și cele mai frecvente, survin pe un aparat biliar alterat morfologic deși, uneori, leziunile organice nu sînt demonstrabile decît microscopic. Din acest p.d.v., probleme dificile de diagnostic ridică tulburările diskinetice ce interesează sfincterul Oddi și segmentul infundibulocervicocistic (sifon), formațiuni cu o structură anatomică delicată la nivelul cărora nu pot fi decelate, întotdeauna, leziuni minime prin mijloacele investigației medicale actuale. Un obstacol funcțional în aceste zone poate fi suspectat atunci cînd fenomenele diskinetice dispar la administrarea de antispastice (atropină-nitroglicerină) sau, dimpotrivă, se accentuează după ingestia unor alimente grase, eliberatoare de colecistokinină. Desigur că, mai devreme sau mai tîrziu, componentei spastice i se poate alătura și una organică, fenomen care obligă la o interpretare patologică organofuncțională a D.B.

În prezent, există mai multe scheme de clasificare a D.B. Sistematizarea acestora după criteriile propuse de Debray se pare că este cea mai adecuată, atît pentru orientarea diagnostică cît și pentru instituirea unui tratament corespunzător :

Scanned with OKEN Scanner

A. Diskinezii veziculare : 1. Colecistatonia. 2. Vezicula iritabilă.

B. Diskinezia segmentului infundibulocervicocistic (diskinezia sifonului vezicular).

C. Diskinezia căii principale : 1. Diskinezii oddiene : a) hipertonia oddiană ; b) hipotonia oddiană. 2. Diskinezia hepatocoledocului.

A. **Diskinezii veziculare**

I. **Colecistatonia** : scăderea sau absența contractilității veziculare cu mărirea de volum a veziculei biliare. Evacuarea acesteia se face cu dificultate, uneori după un interval de 24 ore necesitînd utilizarea, repetată, a unor stimuli colecistokinetici diverși.

Tratamentul curativ vizează aplicarea tuturor mijloacelor de combatere a factorilor locali și generali care intervin în producerea și menținerea diskineziei, urmărindu-se realizarea unei evacuări eficiente și ritmice a veziculei biliare.

1. **Măsuri igienice.** Se va încerca ameliorarea tonusului și a capacității de contracție a musculaturii abdominale ce poate antrena o excitare a terminațiilor nervoase vagale din pereții veziculei. În acest scop se recomandă exerciții de gimnastică generală și regională (mișcări ale membrelor inferioare și trunchiului combinate cu gimnastică respiratorie diafragmatică ; mișcări în decubit dorsal și lateral drept etc.). De asemenea, combaterea sedentarismului prin plimbări, gimnastică și activitate manuală în aer liber se înscrie ca o măsură igienică importantă pentru favorizarea evacuării veziculei.

2. **Alimentația.** Dieta prezintă unele particularități care, cunoscute și aplicate suficient timp, fac din aceasta un mijloc terapeutic esențial în colecistatonie. Este singura D.B. care necesită o administrare largă a grăsimilor, cu recomandarea ca acestea să fie proaspete, de calitate bună și pregătite igienic. Astfel, dieta va cuprinde, după obiceiuri și toleranță, ulei (floarea soarelui, porumb, soia, măsline), smîntînă, unt, ouă moi. Acestea pot fi folosite la pregătirea unor rețete dietetice sau pot fi servite ca atare. Efectul colecistokinetic poate fi obținut și amplificat prin administrarea în cure intermitente de două-patru săptămîni a uleiului de măsline sau de floarea soarelui (1—2 linguri dimineața cu 30′ înainte de masă). Un efect similar poate fi obținut și prin consumarea, în aceleași condiții, a unu-două ouă moi. În același timp, prin dietă trebuie să corectăm denutriția și unele stări carențiale. În consecință, se recomandă o dietă echilibrată atît cantitativ cît și calitativ, combaterea deficitului ponderal înscriindu-se ca un

obiectiv important în cadrul măsurilor dietetice. Prin reducerea visceroptozelor se pot ameliora, concomitent, și fenomenele diskinetice hipotone. În plus, în caz de denutriție asociată cu ptoză viscerală este indicat, postprandial, un repaus de 30′—60′ în decubit dorsal.

Un alt aspect important al dietei se referă la necesitatea servirii de mese fracționate (5/24 de ore) și la ore fixe, atît pentru realizarea unei secreții mărite de colecistokinină cît și pentru antrenarea condiționată a sistemului nervos. După fiecare masă și în special seara la culcare se poate administra un ceai cald obținut din plante care au efecte coleretice-colecistokinetice, precum și o acțiune favorabilă asupra digestiei (boldo, anghinare, rosmarin, mușețel, mentă etc.).

3. **Tratamentul medicamentos.** Există o gamă largă de substanțe care aplicate prin procedee și căi variate pot declanșa o creștere a tonusului și contractilității veziculei biliare. Administrarea pe cale orală este cea mai larg utilizată, existînd în acest scop o varietate de preparate cu efect colecistokinetic : sulfatul de magneziu 1—2 g de două ori în 24 ore, înaintea meselor principale ; clorura (citratul) de potasiu 1—2 g de două ori în 24 ore ; hexitolul sau sorbitolul, pachete de 5 g (se administrează de două-trei ori în 24 ore înaintea meselor principale ; pe lîngă efectul colecistokinetic mărește și peristaltica intestinală fiind recomandat și la constipați) ; Contalaxul, comprimate de 0,05 g cîte două la culcare (parasimpaticomimetic, mărește peristaltismul intestinal și colecistokinetic) ; Carbicolul, preparat din feniletilcarbinol și ulei de parafină (pe lîngă efectul coleretic-colagog are și acțiune colecistokinetică ; 1—3 capsule/24 ore) ; Peptocolinul în compoziția căruia intră sulfatul de magneziu (20 g) și peptona (5 g) (1—2 linguriță în 150 ml apă călduță dimineața à jeun) ; Boldocolinul, o soluție apoasă care, printre alte substanțe, conține și extract fluid de boldo (1—3 linguriță/24 ore, înaintea meselor principale) ; Rowacholul, un preparat politerapenic care prin conținutul în menthonă, rheochrysină și camfor are acțiune coleretic-colagogă și colecistokinetică (cinci picături de trei ori în 24 ore, pe o bucată de zahăr, cu 30 minute înainte de masă, 20 zile cu pauză de 10 zile).

O parte din colecistokinetice se poate introduce în duoden cu ajutorul sondei Einhorn. Contactul acestora cu mucoasa duodenală va declanșa eliberarea de colecistokinină. Mai frecvent se instilează sulfat de magneziu 25—30% 20—40 ml sau ulei vegetal 20—30 ml. Sondajele se fac la două zile, în serii de 10—15 care se

Scanned with OKEN Scanner

repetă tot la două-trei luni. Printr-o stimulare ritmică a veziculei biliare se poate antrena o reeducare motorie a acesteia.

Colecistokinina este substanța care realizează cea mai eficace și fiziologică contracție a veziculei biliare. În plus, eliminarea bilei este favorizată și de deschiderea simultană a sfincterului Oddi. Este comercializată ca Cécékine Vitrum, fiole de 10 ml cu un conținut de 4 mg substanță. Din motive economice nu a intrat în utilizare curentă, necesitînd în același timp și o administrare parenterală. S-a renunțat la injectarea de pilocarpină, acetilcolină, eserină și extract de hipofiză posterioară, substanțe care deși au efect colecistokinetic nu permit în aceiași măsură și o evacuare eficace a căilor biliare extraveziculare.

Xilina sau novocaina în soluție de 0,5—1% 20—50 ml prin administrare sub formă de infiltrații paravertebrale (T XII—L I) poate să realizeze o hipertonie vagală cu repercusiuni asupra kineticii veziculare. Sînt necesare patru-cinci infiltrații la două zile interval.

Uneori în colecistatoniile secundare se impune și un tratament antibiotic pentru combaterea unor procese inflamatorii colecistice și extracolecistice (coledociene, duodenale etc.). Amănunte asupra alegerii, posologiei și căilor de administrare a antibioticelor se pot găsi în capitolul rezervat colecistitelor acute și cronice. Aci se va menționa doar faptul că acestea se pot introduce și prin instilații duodenale după o prealabilă administrare, tot pe sondă, a unui colecistokinetic eficace. În plus, prin tratamentul medicamentos se va încerca corectarea denutriției prin vitamine și anabolizante (madiol, naposim, decadurabolin), precum și a tulburărilor endocrine și neurovegetative.

4. **Tratamentul balneofiziocrenoclimatic.** Se apreciază că apele minerale carbogazoase, clorurate și bicarbonatate ca și cele slab sulfurate ar avea și efecte colecistokinetice, fapt pentru care sînt recomandate cure repetate în stațiunile sursă a acestora : Olănești, Slănic Moldova, Sîngiorz, Călimănești, Zizin, Ivanda, Bodoc, Malnaș.

Pentru redresarea tonusului neuromuscular al veziculei biliare se pot aplica în regiunea hipocondrului drept diverse procedee crenofizicale : masaj ; curenți diadinamici și faradici ; fricțiuni reci sau alternante.

5. **Tratamentul chirurgical.** În colecistatoniile dureroase, rezistente la tratamentul medical s-a recomandat secționarea splahnicului drept. În general, încercările de rezolvare chirurgicală a acestei diskinezii nu sînt concludente ; de aceea, acest tip de tra-

Scanned with OKEN Scanner

tament, dacă nu poate fi evitat, trebuie cît mai mult temporizat.

II. **Vezicula iritabilă (hiperkinetică).** Durerile în hipocondrul drept, uneori cu aspect colicativ, precum şi diareea postprandială precoce după unele alimente dirijează diagnosticul spre această diskinezie. La examenul radiologic se evidenţiază o veziculă biliară care după prînzul de probă se evacuează rapid şi total. Uneori, simpla excitaţie provocată de sonda duodenală este suficientă pentru apariţia bilei de tip B.

Prescripţiile terapeutice trebuie să pornească tocmai de la această stare de hiperexcitabilitate veziculară care apare pe un organism cu dereglări hormonale (disovarii), alergic sau cu tulburări neurovegetative.

a) **Tratamentul curativ**

1. **Alimentaţia.** Cînd tabloul clinic este dominat de crize dureroase se recomandă o dietă uşoară alcătuită din soluţii glucozate hipotone, sucuri proaspete de fructe, lapte cu conţinut redus în lipide, supe de zarzavat, sucuri de legume, făinoase, ceaiuri carminative călduţe. Apoi se poate trece la o alimentaţie completă, corespunzătoare calitativ şi cantitativ din care, însă, trebuie să fie excluse mîncărurile iritante pentru stomac şi duoden, ca şi cele excitante pentru vezicula biliară. Se va renunţa la sosuri, rîntaşuri, maioneză, ouă umplute, unele condimente (ardei, piper, muştar), carne grasă, băuturi alcoolice, îngheţată, alimente cu conţinut bogat în celuloză nedigerabilă, lichide reci, alimente sărate în exces sau prea acre. În orice caz, grăsimile vor fi reduse din alimentaţie, chiar şi cele de calitate bună care se pot administra fără o prelucrare culinară prealabilă (untdelemn, unt, smîntînă etc.), în acest fel limitîndu-se elaborarea de colecistokinină.

2. **Tratamentul medicamentos** vizează, în primul rînd, corectarea stării de hiperexcitabilitate cu hiperkinezie a musculaturii veziculare prin prescrierea unor droguri parasimpaticolitice. Dintre acestea cel mai activ este sulfatul de atropină care se administrează în doze de 0,5—1,5 mg/24 ore, subcutanat iar la nevoie i.v. Atropina este inclusă şi în preparatul Lizadon alături de papaverină, fenobarbital şi aminofenazonă. Acesta se găseşte sub formă de comprimate (2—4/24 ore) sau de supozitoare (1—3/24 ore). Pentru întreruperea unor crize de intensitate moderată, ca şi pentru tratamentul de durată se recomandă unele preparate tipizate care au la bază alcaloizii totali din rădăcină de beladonă : Foladon (3—4 comprimate/24 ore), Fobenal (3—4 comprimate/24 ore). Efecte parasimpaticolitice produce şi butilscopolamina care se administrează fie ca atare sub forma preparatului Scobutil (comprimate à

10 mg, 3—6/24 ore, supozitoare à 10 mg sau 7,5 mg sau fiole à 10 mg), fie în asociație cu noraminofenazona în preparatul Scobutil-compus.

Pentru corectarea hipertoniei vagale se mai pot folosi și unele anticolinergice de sinteză : Pantina, Probantina, Antrenylul, Syntropanul, Helcamonul care se pot administra sub formă de tablete sau injecții.

Evacuarea reflexă a veziculei biliare mai poate fi influențată și prin prescrierea unei soluții de novocaină sau xilină 1%, din care se administrează cîte o lingură înainte de fiecare masă. De asemenea, tot în acest scop se va încerca combaterea proceselor inflamatorii gastroduodenale prin aplicarea de pansamente locale cu efect topic și decongestiv asupra mucoaselor după formula : **Rp.** Bismut carbonic sau subnitric 4 g ; Bolus alba 2 g ; pentru un pachet, trei la zi, înainte de fiecare masă. Se poate asocia și un tratament antibiotic impus, mai ales, și de infecția căilor biliare.

Pentru echilibrarea și sedarea sistemului nervos la acești bolnavi se recomandă și prescrierea de droguri tranchilizante și sedative psihomotorii : Diazepam (comprimate à 10 mg), Napoton (drajeuri à 5—10 mg), Meprobamat (comprimate à 400 mg), preparate pe bază de valeriană și bromuri, Hidroxizin (comprimate à 25 mg).

O largă utilizare o au preparatele medicamentoase formate prin asocierea unui parasimpaticolitic cu unul sau mai multe droguri tranchilizante și sedative. Dintre acestea menționăm : Pasinalul (beladonă+fenobarbital+bromură de Na și K), Bergofen-retard (alcaloizi de beladonă+fenobarbital+ergotamină), Bergonal, Distonocalm, Lauronil (scopolamină+fenobarbital). Injectarea atropinei împreună cu bromura de calciu 10% se folosește atît pentru cazurile cu tulburări neurovegetative cît și pentru cele cu componentă alergo-spasmofilică. În plus, pentru combaterea fenomenelor alergice se mai pot prescrie și antihistaminice de sinteză (Romergan, Nilfan, Feniramin, Tavegyl etc.), iar pentru corectarea stării spasmofilice un tratament prelungit cu calciu și vitamină $D_2$.

Dacă durerea și celelalte fenomene clinice apar sau se accentuează în faza a doua a ciclului menstrual se presupune existența unei hiperfoliculinemii care poate fi blocată prin Progesteron (fiole de 10 mg sau de 25 mg) sau prin Lutestan (progesteron+testosteron) preparate care se injectează la trei zile interval.

Desigur că în cadrul tratamentului medicamentos trebuie menționată și medicația antiemetică (Emetiral drajeuri à 5 mg :

Scanned with OKEN Scanner

supozitoare à 5 mg sau 25 mg), precum și mijloacele de combatere a meteorismului abdominal (săruri de bismut, preparate pe bază de cărbune și fermenți intestinali).

3. **Tratamentul hidromineral și fizical.** Se pot recomanda cure de ape minerale în stațiunile Sîngiorz, Olănești, Călimănești, Bodoc, Lipova, Malnaș, Vîlcele etc. În plus, se pot aplica și unele proceduri fizicale generale sau la nivelul hipocondrului drept: băi calde, ultrascurte, diatermie, curenți diadinamici.

B. **Diskinezia regiunii infundibulocervicocistice** (diskinezia sifonului vezicular). Zona infundibulocervicocistică are un rol deosebit în procesul de umplere și evacuare a veziculei biliare. Ea reprezintă de fapt și hilul veziculei deoarece aci converg vase, nervi și limfatice. Structura anatomică a segmentelor ce o compun îi permite să se comporte ca un veritabil sfincter cu implicații în reglarea fluxului biliar.

Tulburările dischinetice pot fi pur funcționale dar, de cele mai multe ori, sînt organofuncționale. Indiferent de natura și localizarea procesului patologic consecințele vor fi aceleași: jenă în umplerea și, în special, în evacuarea veziculei biliare. Din cauza obstacolului pe care trebuie să-l învingă vezicula biliară devine hipertonă, pentru ca în fazele mai avansate să apară hipotonia sau chiar asistolia veziculară, care este dificil de diferențiat de colecistatonie.

În general, tratamentul acestei diskinezii se identifică cu acela indicat în hiperkinezia veziculară. Totuși, există și unele aspecte particulare legate de efortul terapeutic pentru reducerea sau înlăturarea barajului din fața veziculei biliare. Cînd acesta este funcțional sau predominant funcțional există șanse de a fi corectat și prin **mijloace terapeutice medicale.**

1. Astfel, **dieta** va deveni un factor terapeutic dacă prin conținutul ei va iniția atît o moderare a secreției de bilă, cît și a elaborării de colecistokinină.

2. În afară de parasimpaticoliticele cunoscute, pentru combaterea factorului spastic se mai pot utiliza și unele **medicamente** care acționează asupra musculaturii netede de la nivelul zonei infundibulocervicocistice. Un loc aparte îl ocupă preparatele pe bază de nitriți care, prin acțiunea lor electivă, pot opri rapid o criză dureroasă veziculară. Dintre acestea se recomandă nitroglicerina, comprimate de 0,5 mg, care se administrează sublingual, precum și nitritul de amil, fiole, al cărui efect se produce prin inhalarea cîtorva picături. O relaxare a musculaturii netede se poate obține și prin medicația xantică reprezentată prin Miofilin care se poate prescrie

Scanned with OKEN Scanner

sub formă de comprimate de 100 mg sau fiole de 2 ml (48 mg) sau 10 ml (240 mg). Efecte similare prezintă și papaverina (fiole à 40 mg), cu mențiunea, însă, că substanța pură poate fi încorporată, alături de parasimpaticolitice și sedative, într-o serie de prescripții magistrale care se pot administra per os sau intrarectal.

Deoarece tabloul clinic este dominat de durere se recomandă ca aceste droguri musculotrope să se asocieze cu o medicație analgezică (Algocalmin, codeină, Antidoren etc.), precum și cu infiltrații de novocaină sau xilină 1% subcutanat, în zonele dureroase.

3. În plus, concomitent, se va încerca combaterea componentei spastice și prin **mijloace fizioterapice** (aplicații calde în hipocondrul drept, ultrascurte, diatermie, curenți diadinamici etc.).

4. Dacă tratamentul medical corect aplicat a fost inoperant, iar dacă prin investigații se evidențiază și o componentă organică în zona sifonului vezicular este mai bine ca acești bolnavi să fie **încredințați chirurgului.** Rezultatele postoperatorii, în marea majoritate a cazurilor, sînt bune și foarte bune, deși unii bolnavi continuă să sufere și după intervenție.

C. **Diskinezii ale căii biliare principale.** Canalul coledoc, prin mecanismul de contracție și relaxare a sfincterului lui Oddi, intervine atît în procesul de umplere a veziculei biliare cît și în acela de eliminare a bilei în duoden. Tulburările diskinetice ale coledocului sînt, de fapt, consecința disfuncției acestui sfincter. Există o diskinezie de tip hiperton care are la bază o creștere a tonusului musculaturii sfincteriene, precum și una de tip hipoton care, pe lîngă suprimarea eliminării ritmice a bilei, poate să permită chiar un reflux al sucului duodenal în căile biliare. La baza acestor diskinezii poate să stea și un mecanism pur funcțional dar, de cele mai multe ori, există și o componentă organică.

1. **Hipertonia sfincterului lui Oddi.** Tratamentul se va adresa atît combaterii unor factori generali (nervoși, endocrini) cît și a unor factori locali (gastrici, duodenali, coledocieni) implicați în declanșarea și menținerea stării de spasticitate a sfincterului Oddi.

1. În privința **alimentației** se vor respecta indicațiile dietetice din hiperkinezia veziculară. Totuși, trebuie să se menționeze că în procesul de relaxare sfincteriană grăsimile sînt cele mai active urmate de proteine, în timp ce glucidele nu au nici o acțiune asupra acestei zone. De aceea, se recomandă administrarea zilnică de grăsimi de calitate bună, pregătite igienic, în cantități moderate. În plus, după fiecare masă se indică ceaiuri calde (sunătoare, mentă, mușețel, tei) cu aplicare de căldură în epigastru și hipocondrul drept.

Scanned with OKEN Scanner

2. **Tratamentul medicamentos** nu diferă, în general, de cel prescris în hiperkinezia veziculară și sifopatie, existînd, totuși, unele particularități impuse de anatomia și fiziologia sfincterului lui Oddi. Relaxantele cele mai eficace ar fi trinitrina și nitritul de amil, în timp ce atropina și scopolamina, dacă sînt administrate în doze prea mici, ar putea să producă chiar o contracție sfincteriană.

O atenție aparte se va acorda combaterii proceselor inflamatorii gastroduodenocoledociene care pot să genereze și să întrețină o stare de hipertonie oddiană. În acest scop, se poate face un tratament antibiotic per os, parenteral sau endoduodenal de scurtă durată (șase-șapte zile), conducîndu-ne, dacă este posibil, după antibiogramă și ținînd seama și de toleranța digestivă. Procesele inflamatorii locale mai pot fi influențate și prin spălături duodenale cu soluții alcaline sau izotone călduțe, ca și prin prescrierea de pansamente gastroduodenale (bismut carbonic și subnitric, săruri de aluminiu).

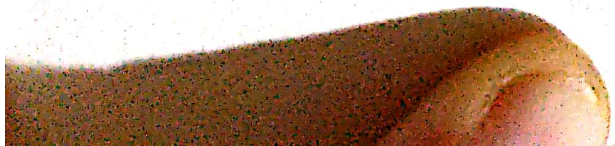
Rezultate bune se pot obține prin ingestia de novocaină sau xilină 1%, cîte o lingură înainte de fiecare masă sau prin administrare pe sondă duodenală în scopul opririi unor reflexe locale spasmogene.

În plus, ca în nici o altă diskinezie, se impune atît corectarea dezechilibrelor neuropsihice și endocrine (hiperfoliculinism) cît și a fenomenelor spasmofilice și alergice.

3. Indicațiile **tratamentului hidromineral** și a **procedurilor fizicale** sînt identice cu cele expuse la hiperkinezia veziculară și sifopatie.

4. **Tratamentul chirurgical** se va aplica ori de cîte ori printr-un tratament medical corespunzător nu s-au putut influența acuzele bolnavului și nici evita unele complicații infecțioase (coledocită, angiocolită etc.). În asemenea circumstanțe, diskinezia este cu mare probabilitate de natură organică, chiar dacă datele oferite de investigațiile paraclinice nu sînt revelatorii pentru o leziune a regiunii oddiene. Există mai multe procedee chirurgicale prin care se poate rezolva această suferință, alegerea lor fiind dependentă și de starea anatomică locală (vagotomie, dilatarea ampulei lui Vater, sfincterotomie, sfincterotomie transduodenală, anastomoze biliodigestive coledocoduodenale sau colecistogastrice).

II. **Hipotonia sfincterului Oddi.** Diskinezie care apare după colecistectomie mai ales la bătrîni și denutriți. Unele afecțiuni de vecinătate pot, de asemenea, să favorizeze apariția unei hipotonii oddiene. Refluxul sucului bilioduodenal poate antrena infecții redutabile biliare și pancreatice.



**Tratamentul** la bolnavii necolecistectomizați va urmări, în mare, aceleași obiective ca și în colecistatonie. În schimb, la cei colecistectomizați există și unele aspecte terapeutice particulare. Astfel, se va recomanda ingestia de cantități mari de lichide, ca și administrarea de coleretice — colagoge pentru asigurarea unui lavaj și drenaj eficace al căilor biliare pentru evitarea infecțiilor ascendente. Odată acestea apărute vor fi combătute prompt printr-o medicație antiinfecțioasă corespunzătoare.

La unii dintre acești bolnavi poate să apară și un sindrom diareic cronic care va face dificilă aplicarea măsurilor terapeutice amintite. În acest scop se poate administra bismut subnitric sau carbonic, calciu carbonic și cărbune, în prescripții magistrale, ca și unele antispastice intestinale tipizate : Mexaform, Saprosan, Cifoform și Furazolidon.

În plus, se va corecta atît denutriția prin prescrierea unei diete hipercalorice, asociată cu anabolizante (Decadurabolin) și polivitamine, cît și aclorhidria și deficiențele enzimatice pancreatico-intestinale (Acidopeps, Triferment etc.).

**DRENAJ KEHR.** După o coledocotomie exploratorie resuturarea totală a inciziei coledociene făcute pe coledoc (coledocotomia ideală) nu se practică decît în mod excepțional. De regulă, se introduc în coledoc brațele scurte a unui dren în T sau Kehr (după autorul care l-a imaginat și aplicat) și se resuturează coledocul în jurul ramurii lungi a drenului în T, care este scoasă prin plaga abdominală sau printr-o contraincizie. Tubul Kehr drenează bila într-un vas colector așezat lîngă patul bolnavului.

Drenajul Kehr este o formă de drenaj extern al bilei care nu împiedică scurgerea ei spre duoden, ci doar asigură o derivare a acesteia în afară, atîta timp cît fenomenele inflamatorii trecătoare stînjenesc scurgerea normală în duoden. În plus, drenajul Kehr grăbește dezinfecția arborelui biliar și permite în postoperator să se execute colangiografii de control, spălături sau dezobstrucări în caz de calcul rămas pe loc.

Drenul Kehr este din cauciuc sau din material plastic. El nu trebuie să fie prea moale, nici prea rigid. Diametrul său trebuie să se adapteze la diametrul coledocului, permițînd, totuși, să fie introdus ușor în coledoc. Brațele scurte nu trebuie să fie mai lungi de 2 cm pentru a nu se angaja în unul din canalele hepatice și nici să treacă dincolo de ampula lui Vater.

Drenul se păstrează în coledoc în funcție de scopul pentru care a fost așezat, între zece zile (bilă curată, coledoc fără calculi)

Scanned with OKEN Scanner

și două luni și mai mult (rol de tutore pentru un coledoc resuturat sau angiocolită gravă cu puroi și edem pronunțat al mucoasei).

Înainte de scoaterea drenului, obligatoriu se face o colangiografie de control prin tub și apoi se pensează tubul pentru 24—48 ore pînă la scoaterea lui printr-o tracțiune lentă susținută.

Dacă coledocul este liber, traectul tubului se închide spontan în una-două zile.

**FISTULE BILIARE.** Sînt de trei feluri: spontane interne, spontane externe și postoperatorii externe.

A. **Fistula biliară spontană internă** este o comunicare anormală între un segment al arborelui biliar și orice parte din tubul digestiv sau alt organ cavitar.

Cauza cea mai frecventă este litiaza biliară, infecția, supurația, cancerul căilor biliare sau o afecțiune a organului fistulizat (ulcer gestroduodenal, cancer de colon etc.).

În ordinea frecvenței întîlnim fistule bilioduodenale (colecisto- sau coledocoduodenale), biliocolice, biliogastrice, biliobiliare (între diferite segmente ale arborelui biliar), bronchobiliare etc.

**Tratamentul,** în principiu, constă în: 1. Suprimarea comunicării anormale, eliberînd cele două organe de aderențele care le unesc. 2. Sutura orificiilor de comunicare anormală. 3. Îndepărtarea cauzei care a generat fistula: a) colecistectomie pentru veziculă litiazică fistulizată; coledocotomie, extirparea calculilor, asigurarea unui pasaj oddian liber, apoi drenaj Kehr prelungit în fistule ale coledocului; b) în fistulele biliare de origine ulceroasă se rezolvă ulcerul gastroduodenal, de preferință prin rezecție. În ulcerul duodenal jos situat, care a dat naștere unei fistule coledocoduodenale, se preferă o rezecție de excludere, cu sau fără coledocotomie și drenaj, în funcție de starea căilor biliare (cu sau fără calculi).

În fistulele bronchobiliare, după eliberarea și întreruperea comunicării se va rezolva abcesul hepatic, care de regulă este cauza fistulei.

În fistulele canceroase, stadiul de evoluție și gradul de operabilitate vor dicta atitudinea terapeutică.

B. **Fistula biliară spontană externă** este generată de o veziculă calculoasă supurată care se lipește de peretele abdominal anterior, îl erodează și se deschide la exterior, eliminîndu-și conținutul de bilă și calculi. Orificiul de deschidere la tegumente poate fi la distanță de cel corespunzător veziculei biliare.

Scanned with OKEN Scanner

**Tratamentul** constă în colecistectomie și rezolvarea traiectului fistulos. La bătrîni cu un debit fistulos redus se recomandă abstenţiune sau temporizare.

C. **Fistula externă postoperatorie** survine după colecistostomie sau după suprimarea unui tub Kehr din coledoc, cînd plaga lăsată să se închidă spontan continuă să secrete bilă și după zece zile.

**HEMOBILIE.** Entitate patologică rară, este pătrunderea sîngelui în căile biliare ca urmare a unei boli sau a unui traumatism ce au prevocat o comunicaţie patologică între vasele sangvine și căile biliare. Simptomatologia se caracterizează prin triada patognomonică = colică biliară, hemoragie gastrointestinală și icter, prin periodicitate și prin absenţa unei vindecări spontane. Trebuie să ne gîndim totdeauna la acest diagnostic în faţa unei hemoragii gastrointestinale acompaniată de simptomatologie biliară.

Cînd hemoragia este importantă se impune **tratament chirurgical.** Operaţia facilitată de angiografie a permis să se scadă mortalitatea sub 20%. Cauza cea mai frecventă a hemobiliei este traumatismul accidental sau iatrogen. În hemobilia după accident de circulaţie profilaxia posibilă este repararea corectă a leziunilor hepatice în urgenţă. Dar, hemostaza locală prin tamponament simplu sau drenaj nu este eficace. De regulă este nevoie de o terapeutică mai radicală, precedată de un examen angiografic. Acest examen ne va permite să alegem între o rezecţie hepatică și o ligatură arterială. Hemobilia posttraumatică iatrogenă (după o operaţie sau după puncţie hepatică) poate înceta spontan, dar, în general, este nevoie de intervenţie pentru a lega a. hepatică. Hemobilia observată uneori în litiaza biliară este microscopică, numai foarte rar este macroscopică, atunci cînd un calcul mare a erodat a. cistică sau a perforat un organ vecin. Tumorile dau foarte rar hemobilie, la fel bolile vasculare (anevrisme de a. hepatică, hipertensiunea arterială, hipertensiunea portală).

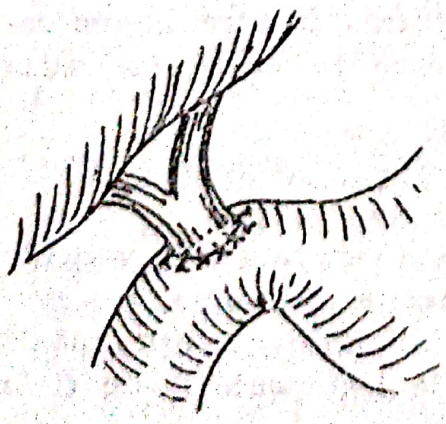


Fig. 90.

**HEPATICODUODENOSTOMIE.** Este o anastomoză biliodigestivă realizată între canalul hepatic comun și porţiunea I a duodenului.

De obicei se execută o implantare a hepaticului pe faţa su-

perioară a duodenului, făcînd o hepaticoduodenostomie termino-laterală. Pentru aceasta, se secţionează hepaticul deasupra stenozei, iar printr-o decolare duodenopancreatică se apropie duodenul de bontul hepaticului, realizîndu-se anastomoza (fig. 90).

Cu toate aceste manevre, persistă o tracţiune care dă naştere la dezuniri al suturilor, iar, pe de altă parte, refluxul duodenal favorizează angiocolita. Pentru aceste motive azi se dă preferinţă hepaticojejunostomiei.

**HEPATICOJEJUNOSTOMIE.** Este anastomoza executată între canalul hepatic comun şi prima ansă jejunală, exclusă printr-un montaj în Y de tip Roux (fig. 91).

Felul de anastomoză este diferit şi anume :

1. Din partea canalului hepatic anastomoza poate fi de tip terminal, capătul proximal secţionat implantîndu-se în intestin ; sau, poate fi de tip lateral, cînd hepaticul nu se secţionează ci se execută o incizie longitudinală de aproximativ 2 cm pe canal şi această breşă se anastomozează cu intestinul

2. Din partea intestinului, anastomoza, de asemenea, poate fi terminală, cînd capătul intestinului exclus se anastomozează cu capătul hepatic sau de tip lateral, cînd extremitatea intestinală este suturată şi înfundată iar gura de anastomoză se aplică pe faţa laterală a ansei intestinale excluse.

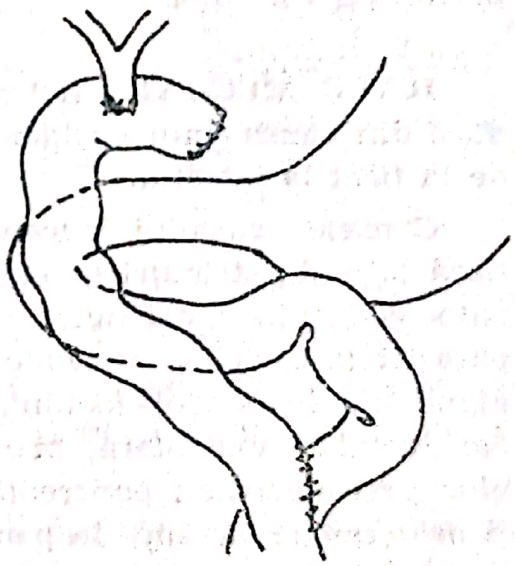


Fig. 91.

În concluzie, anastomoza hepaticojejunală poate fi termino-terminală, termino-laterală, latero-laterală şi latero-terminală. Cînd hepaticul de deasupra stenozei este foarte dilatat se preferă anastomoza termino-laterală. Dacă, însă, hepaticul este mai puţin dilatat se va executa o anastomoză latero-laterală.

Dacă gura de anastomoză nu s-a dovedit suficient de largă sau suturile nu au putut fi aplicate corect, atunci se va introduce prin gura de anastomoză un tub protector temporar, din cauciuc suplu, care iese din intestin la distanţă de anastomoză şi apoi la exterior printr-o contraincizie a peretelui abdominal. Acest tub

Scanned with OKEN Scanner

care protejează anastomoza și împiedică stenozarea ei trebuie menținut aproximativ patru luni, fiind spălat săptămînal cu ser fiziologic steril și călduț (37°).

**HIDROPS AL VEZICII BILIARE.** Este consecința inclavării în canalul cistic sau în gîtul veziculei a unui calcul, de obicei, colesterinic. Bila din veziculă este rezorbită și în locul ei apare o substanță mucinoasă, clară ca apa sau ușor tulbure care destinde vezicula mărindu-i mult volumul. La palpare se simte în hipocondrul drept o tumoră renitentă, ușor sensibilă și mobilă cu respirația.

**Tratamentul este chirurgical.** Se execută colecistectomia, acordîndu-se o deosebită atenție ca să nu se lase pe loc calculul sau calculii inclavați în cistic.

Deși nu este o urgență imediată, intervenția chirurgicală nu trebuie prea mult amînată pentru a nu se favoriza infecția sau perforația veziculei.

**ICTER MECANIC,** (icter obstructiv, icter colestatic). Se produce din cauza unui obstacol anatomic ce se opune scurgerii bilei de la ficat la intestin.

Cauzele icterului mecanic sînt: A. Obstacol intraductal: litiază biliară; stricturi (postoperatorii, traumatice etc.); atrezia hepatocoledocului; colangită și colangiolită acută și sclerozantă; paraziți (ascarizi și vezicule hidatice etc.); cancer și tumori benigne ale hepatocoledocului, ampulom vaterian. B. Compresiune periductală: veziculară, prin calcul vestibular sau cistic și prin bloc pericolecistic; pancreatică, prin pancreatită acută și cronică și prin cancer de cap de pancreas; adenopatie pericoledociană inflamatorie sau canceroasă; chist de coledoc; hepatică, prin tumori inflamatorii, chistice și neoplazice care comprimă canale biliare mari în ficat sau hil.

Simptomatologia proprie icterului mecanic cuprinde: icter; prurit; urini închise (ca berea neagră); scaune decolorate (mastic); laboratorul: bilirubinemia crescută, în special bilirubina directă (conjugată).

La aceste semne de bază se adaugă simptomatologia bolii care a dat naștere icterului mecanic.

**Tratamentul este: a) radical,** cu îndepărtarea definitivă a elementului cauzal sau b) **paleativ,** prin executarea unei anastomoze biliodigestive cu un segment suprajacent obstacolului.

Scanned with OKEN Scanner

**JOHNSTON** (drenaj). Este o modificare a drenajului coledocian extern cu tub T. Cu două-trei zile înainte de suprimarea tubului T din coledoc el se pensează pentru a verifica dacă suprimarea drenajului extern produce sau nu tulburări.

În locul pensării se poate aplica o metodă mai fiziologică și mai puțin brutală, imaginată de Johnston. Capătul extern al tubului T este conectat la una din ramurile scurte a unui mic tub de sticlă în formă de Y răsturnat. Cealaltă ramură scurtă se conectează la un alt tub de cauciuc, care coboară în vasul colector. Tubul de sticlă montat se suspendă pe un stativ la 20—30 cm deasupra nivelului coledocului, în așa fel ca ramura mai lungă a Y-ului să privească deschisă liberă în sus în contact cu presiunea atmosferică (fig. 92).

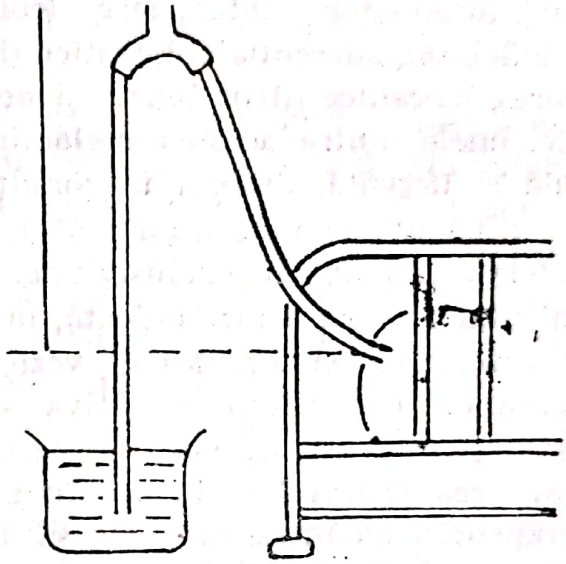


Fig. 92.

În felul acesta coloana de bilă din tubul T reprezintă o presiune hidrostatică pozitivă de 20—30 cm, capabilă să învingă în condiții normale rezistența sfincterului lui Oddi și să dreneze bila exclusiv spre intestin.

Dacă există un obstacol în scurgerea bilei atunci aceasta va urca pînă la tubul de sticlă și prin ramura descendentă se va scurge în vasul colector.

Metoda Johnston ne permite să apreciem oportunitatea suprimării tubului T sau să procedăm la investigații colangiografice pentru a depista obstacolul (calcul restant, pancreatită cronică cefalică, cudură a ramurii descendente a tubului T, edem al papilei etc.) și să ne conformăm în consecință.

**LITIAZĂ BILIARĂ** (L. B.). Semnifică existența de calculi la nivelul căilor biliare extra- și intrahepatice. Vezicula biliară are un rol important în litogeneză, reprezentînd, în același timp, și sediul de predilecție al calculilor constituiți. Din această cauză, în limbajul medical curent termenul de litiază biliară sugerează, în primul rînd, prezența litiazei veziculare. Afecțiunea este rară sub 20 ani, incidența sa marcînd, cu fiecare decadă de vîrstă, o

creştere progresivă : o medie de 12—15%, cu limite extreme între 7 şi 30%, din totalul populaţiei adulte. L. B. este cea mai frecventă colecistopatie (80%), constituind, totodată, circa 10% din totalul suferinţelor digestive.

Tabloul clinic poate îmbrăca aspecte diferite : de la evoluţia asimptomatică, uneori pe toată durata vieţii, pînă la formele clinice dominate de crize dureroase paroxistice (colici biliare) însoţite sau nu de acuze dispeptice de tip biliar. Apariţia complicaţiilor inflamator- infecţioase (colecistite-angiocolite, pancreatită, pileflebită), aderenţiale, hepatice (hepatită cronică, ciroză hepatobiliară), mecanice (ileus biliar) şi degenerative amplifică tabloul clinic, unele dintre acestea reclamînd o rezolvare terapeutică radicală şi urgentă, deseori în condiţii de risc operator sporit.

Pînă nu demult, tratamentul medical în L. B. constituită era rezervat aproape în exclusivitate cazurilor în care intervenţia chirurgicală era contraindicată, urmărindu-se în esenţă „calmarea, dezinfectarea şi drenarea" veziculei calculoase. De fapt, este vorba de o medicaţie paleativă, simptomatică şi mai puţin fiziopatologică şi patogenetică. Progresele recente înregistrate în cunoaşterea procesului litogenetic biliar au permis preconizarea de terapeutici medicale capabile să antreneze liza parţială sau chiar totală a unor calculi biliari.

Colesterolul, bilirubina şi calciul reprezintă principalele elemente care — izolat (calculi puri) sau combinat (calculi micşti) — participă la formarea calculilor biliari.

Se admite că în litogeneză intervin mai mulţi factori patogenetici a căror intricare şi pondere variază în raport cu structura chimică a calculilor. Printre aceştia se remarcă în mod deosebit staza biliară, inflamaţia (infecţia) căilor biliare şi dezechilibrul stabilităţii coloidale (discolia). Cît priveşte ultimul factor acesta poate să iniţieze procesul de precipitare fie printr-un exces al unor elemente componente (calciu, bilirubină), fie printr-o scădere a substanţelor solubilizante din bilă (săruri biliare, fosfolipide). Spre acest din urmă aspect al discoliei s-a concentrat, în ultmii ani, atenţia cercetărilor, mai ales că participarea colesterolului în litogeneză reprezintă un fenomen frecvent : peste 80% din totalul cazurilor de L. B. Colesterolul, substanţă liposolubilă, este menţinut într-un mediu apos cum este bila graţie fixării acestuia de către moleculele de fosfolipide (lecitină) şi de săruri biliare. În acest fel se formează un sistem micelar care se opune precipitării colesterolului biliar. În condiţii fiziologice între aceste componente există raporturi bine precizate (săruri biliare/colesterol > 10 ; le-

Scanned with OKEN Scanner

citină/colesterol > 3). Colesterolul are tendință la precipitare (bilă litogenă) sau precipită (formare de calculi) ori de cîte ori nivelul substanțelor solubilizante scade, nivel însoțit sau nu și de o creștere a colesterolului biliar. Trebuie subliniat că litogeneza poate fi inițiată și în condițiile unor modificări moderate ale componentelor soluției micelare. Prevenirea dar mai ales combaterea calculozei constituite cu structură colesterolică se sprijină, în prezent, pe unele tentative terapeutice ce vizează tocmai corectarea acestor perturbări și, în primul rînd, asigurarea unei solubilități a colesterolului în bilă.

Desigur, toate aceste achiziții nu au impus încă o restructurare radicală a măsurilor terapeutice clasice din L. B. Mai mult, s-a demonstrat că vezicula biliară, în anumite condiții de funcționalitate, poate reprezenta o cauză importantă a elaborării unei bile litogene antrenînd o sinteză și o secreție diminuată de săruri biliare. Cu alte cuvinte, prin colecistectomie se evită nu numai apariția unor complicații redutabile, inflamator-infecțioase și degenerative, ci și persistența unei bile patologice capabile să genereze o calculoză extraveziculară.

Actualmente, în cadrul terapeuticii L. B. se distinge un tratament profilactic și unul curativ, ultimul putînd fi medical sau chirurgical.

1. **Tratamentul profilactic.** Deși nu există întotdeauna o fundamentare științifică în practică se recomandă combaterea tuturor factorilor patogenetici, susceptibili de a interveni în calculogeneză. O atenție particulară se acordă stazei biliare care poate să apară în diverse stări patologice biliare și extrabiliare (colecistatonie, sifopatie, oddită, rezecție gastrică, vagotomie, graviditate etc.). Indiferent de mecanismul de inducere, staza va antrena o instabilitate coloidală fie printr-o concentrație exagerată biliară, fie printr-o sinteză și secreție scăzută a sărurilor biliare. De fapt, în condiții fiziologice procesul de sinteză și secreție este reglat de însăși sărurile biliare care grație ciclului enterohepatic revin la ficat într-o proporție de 96%. S-a demonstrat că atunci cînd vezicula biliară se evacuează mai rar, antrenînd un ciclu enterohepatic printr-un debaclu biliar masiv, se va produce o diminuare sau chiar o inhibiție a sintezei hepatice de săruri biliare. Dimpotrivă, în absența veziculei (exclusă — colecistectomie) procesul de sinteză va fi stimulat grație scurgerii cvasipermanente de bilă, fiind suprimate descărcările masive și bruște intestinale de săruri biliare. În acest context fiziopatologic își au indicație toate măsurile

terapeutice care împiedică stocarea prelungită a bilei în veziculă, precum şi acelea care induc o accelerare a sintezei şi secreţiei biliare :

— mese repetate cu conţinut alimentar colecistokinetic (postul favorizează formarea bilei litogene) ;

— substanţe cu acţiune coleretic-colagogă (Bourget, ceaiuri şi preparate pe bază de plante : anghinară, boldo, rozmarin ; preparate politerapenice ; săruri biliare naturale sau sintetice etc.) ;

— droguri colecistokinetice moderate (hexitol sau sorbitol, carbicol, contalax etc.) ;

— cure repetate cu ape minerale (bicarbonatate sodice, clorosulfatate-bicarbonatate).

Alături de stază, infecţia biliară reprezintă un factor cu implicaţii certe în calculogeneză, deşi există incertitudini în cunoaşterea mecanismului intim de acţiune. Microbii sau unele produse organice ce însoţesc inflamaţia (resturi celulare epiteliale sau sanguine, flocoane de fibrină etc.) ar constitui nuclei de precipitare pentru componentele biliare litogene. În plus, peretele vezicular inflamat ar permite o rezorbţie anormală de săruri biliare diminuîndu-se, în acest fel, raportul dintre acestea şi colesterol. Dacă la acestea mai notăm şi observaţia clinică după care, de multe ori, apariţia calculilor este precedată de infecţii hepatobiliare, înţelegem de ce combaterea acestora se înscrie ca o măsură profilactică importantă.

O valoare deosebită pentru patogeneză prezintă şi factorul nutriţional. Numai că cercetări de dată recentă au reconsiderat unele recomandări „clasice" privind compoziţia în principii alimentare a regimului dietetic. Regimurile monomorfe sau bogate în glucide ar fi mai nocive decît acela cu conţinut ridicat lipidic. La eschimoşi apariţia calculilor este corelată cu introducerea în alimentaţie a produselor bogate în glucide, după cum moda regimurilor vegetariene din ultima vreme a crescut incidenţa calculilor biliari colesterolici. Explicaţia ar consta în diminuarea sintezei sărurilor biliare (discolie) prin perturbări în dinamica evacuării veziculei biliare. Un alt aspect dietetic, aparent paradoxal, îl reprezintă şi faptul că alimentaţia cu grăsimi vegetale este mai litogenă decît cea în care predomină grăsimile animale. Cu alte cuvinte, limitarea sau renunţarea la alimentele care teoretic ar putea să antreneze o hipercolesterolemie nu poate fi recomandată ca o măsură profilactică pe deplin justificată deoarece regimurile capabile să producă hipocolesterolemie se însoţesc de o creştere a conţinutului lipidic biliar. În orice caz, nu se va renunţa la prescrierea

Scanned with OKEN Scanner

unei alimentații igienice cu evitarea preparatelor indigeste, iritante pentru tractul digestiv, mai ales în condițiile unei încărcări ereditare.

2. **Tratamentul medical.** De la început trebuie să menționăm că, pe lîngă tratamentul medical simptomatic, paleativ, de necesitate sau pregătirilor actului operator, astăzi se poate vorbi și de un tratament medical curativ.

În L. B. manifestă clinic prin colici biliare se recomandă o serie de măsuri terapeutice bine codificate :

— repaus la pat ;

— aplicare de căldură (uscată sau umedă) la nivelul hipocondrului drept (în caz de colică însoțită de febră, aplicații reci) ;

— alimentația în timpul crizei va fi hidrozaharată (ceaiuri carminative călduțe sau reci în caz de vărsături) ; ulterior se va prescrie o dietă de „cruțare veziculară" alcătuită din ceaiuri, lapte ecremat, supe de zarzavat, paste făinoase, compoturi, piureuri de legume, pîine albă veche, biscuiți, brînză de vacă, carne fiartă, apoi grăsimi proaspete (unt, untdelemn) ;

— evitarea clismelor înalte și purgativelor drastice ;

— tratamentul medicamentos se axează pe prescrierea separată sau asociată a următoarelor grupe de droguri :

— antispastice neurotrope (Atropină și preparatele pe bază de beladonă, Scobutil, anticolinergice de sinteză etc.) ;

— antispastice musculotrope (Papaverină, Miofilin, Nitroglicerină, derivați de cromonă etc.) ;

— antialgice (Algocalmin, Antidoren, piramidon, aspirină etc.) ;

— antialgice majore (analgezice centrale de tip morfinic ; Sintalgon 1—3 comprimate/24 ore ; Mialgin fiole a 2 ml, 100 mg, i. m. sau i. v. diluat în 10 ml ser glucozat izotonic sau fiziologic ; Mecodin fiole de 5—10 mg s. c. ; opiacee propriu-zise : Morfină 10—20 mg + Atropină 0,5—1 mg s. c. ; Hexapon conține alcaloizi totali de opiu 10—20 mg ; Hidromorfon 2 mg (asociat cu atropină sau scopolamin) ; opiaceele și succedaneele se administrează de necesitate și cu prudență (risc de narcomanie, maschează semnele unei complicații chirurgicale) fiind contraindicate cînd se suspectează o supurație veziculară ;

Alte mijloace terapeutice :

— infiltrații cu xilină sau novocainā 0,5% 20—40 ml, paravertebral drept, sub coasta a XII-a ;

— clisme cu cloral hidrat (2—3 g la 100—150 julep gomos) ;

— Plegomazin (Largactil, Clordelazin) 25 mg i. m. ;

Cînd tratamentul chirurgical este contraindicat (L.B. la persoane în vîrstă sau la care se asociază afecţiuni cu risc operator vital sau din anumite raţiuni) se impune temporizarea intervenţiei (colecistite-angiocolite acute, insuficienţă hepatică etc.); măsurile terapeutice vizează :

— prescrierea unei diete de „cruţare veziculară" pentru evitarea colicilor ; se contraindică alimentele alergizante, mesele copioase, mîncărurile prea reci, băuturile alcoolice aperitive etc. ;

— combaterea diskineziilor piloroduodenale şi oddiene (xilină-novocainā 1%, per os ; soluţie Bourget ; pansamente gastroduodenale etc.) ;

— asigurarea unei evacuări ritmice a veziculei biliare pentru prevenirea sau combaterea stazei biliare (colecistokinetice moderate) ;

— rezolvarea complicaţiilor infecţioase printr-un tratament antibiotic precoce, susţinut şi dacă este posibil conform antibiogramei (vezi şi colecistita acută şi cronică) ;

S-a arătat că bila litogenă este consecinţa unei sinteze diminuate de săruri biliare, vezicula avînd un rol decisiv în apariţia acestei modificări de la care se pleacă pentru aplicarea unui tratament preventiv-patogenetic : fie colecistectomia, fie furnizarea de săruri biliare în speranţa creşterii raportului dintre acestea şi colesterol.

În prezent, **tratamentul curativ medical** vizează dizolvarea calculilor formaţi exclusiv sau în cea mai mare parte din colesterol, cu precizarea că aceia calcificaţi, parţial sau total nu sînt accesibili tratamentului. Există două mari orientări terapeutice : dietetică şi medicamentoasă :

a) **Modificări ale regimului alimentar.** Ingestia zilnică de tărîţe (47 g/24 ore, timp de 3—6 luni) duce la scăderea concentraţiei de colesterol din bilă care devine nesaturată. Se pare că acestea, acţionînd la nivelul colonului, ar reduce procesul de transformare a acidului colic în acid dezoxicolic, ultimul avînd capacitatea de a induce o suprasaturare a bilei în colesterol. De fapt, concomitent cu diminuarea colesterolului se constată în bilă şi o scădere a acidului dezoxicolic.

b) **Tratamentul medicamentos.** Există o gamă largă de substanţe medicamentoase care au fost experimentate în speranţa rezolvării nesîngerînde a cazurilor de L.,B. : colestiramină. fosfolipide (lecitină — glicerofosfat), Clofibrat, Fenobarbital, săruri biliare (acidul dezoxi- şi hiodezoxicolic, acidul colic, dehidrocolatul, acidul chenodezoxicolic). Dintre acestea, cele mai eficace şi mai

Scanned with OKEN Scanner

ușor de mînuit sînt sărurile biliare. În prezent se utilizează cu rezultate satisfăcătoare acidul colic (colatul de sodiu) pentru tratamentul local al calculilor restanți coledocieni și acidul chenodezoxicolic (Ac Dc), administrat „per os", pentru tratamentul curativ al L. B. colesterolice.

1) **Tratamentul cu acid colic** (colat de Na) reprezintă medicația de elecție a calculilor coledocieni restanți colesterinici. Principiul pe care se bazează constă în transformarea cu ajutorul unei concentrații ridicate de săruri biliare a unei bile suprasaturate în colesterol într-o soluție nesaturată. Pentru acesta, se perfuzează printr-un dren în T o soluție de 3%—4,3% de colat de sodiu în ser fiziologic, 50—100 ml, reglată de un *p*H de circa 7,5. Perfuziile se fac zilnic, numărul acestora fiind dependent de rezultatul terapeutic și de gradul de toleranță individuală (diaree). Dispariția calculilor biliari din coledoc se poate datora fie unei lize totale, fie numai uneia parțiale care va permite ulterior evacuarea în intestin a concrementelor.

În afară de administrarea colatului de Na, în tratamentul calculilor coledocieni restanți se mai utilizează și perfuzia cu heparină care ar dizolva particulele respective prin ridicarea potențialului de suprafață negativ al acestora.

2) **Tratamentul cu acid chenodezoxicolic** (Ac Dc) inițiat de un grup de cercetători de la Clinica Mayo. Rezultatele bune au fost confirmate și de studii întreprinse în Europa.

Posologie : doza medie optimă de acid chenodezoxicolic (Chenofalk, Ulménide capsule à 250 mg) este de 10 mg/kg greutate/zi (extreme 5 și 15 mg/kg greutate/zi) ; doza este dependentă și de toleranța individuală. Tratamentul poate dura pînă la 24 de luni ; dacă după 6 luni nu se observă nici o reducere de mărime a calculilor se renunță la terapie ; după dispariția acestora se recomandă o doză de întreținere de 250—500 mg/24 ore ; eficacitatea poate fi mărită prin administrarea concomitentă de „Beta-Sitosterin" (3 g/24 ore), preparat care limitează reabsorbția intestinală a colesterolului.

Indicații terapeutice : L.B. colesterolică, deci radiotransparentă (25% din calculii radiotransparenți nu au o structură colesterolică pură), la bolnavi cu veziculă funcțională și mai ales cînd starea generală implică un risc operator ridicat.

Contraindicații : afecțiuni inflamatorii și obstructive al ficatului și căilor biliare, colici biliare frecvente, enterocolopatii acute și cronice, sindrom de malabsorbție, graviditate, IRA și IRIC.



Scanned with OKEN Scanner

Toleranța clinică (efecte secundare) :

— diaree (75% din cazuri), mai ales în caz de doze ridicate : 3 g/24 ore) ; apare la debut și se corectează prin reducerea posologiei ;

— leziuni parenchimatoase hepatice (demonstrate la animal, puțin probabile la om, deși la debutul tratamentului se înregistrează o creștere moderată și tranzitorie a transaminazelor).

Mod de acțiune : Ac Dc se absoarbe (difuziune) predominant la nivelul jejunului ; produce inhibiția enzimei necesare sintezei de colesterol (HMG CoA-reductază — 3-hydroxy 3-methylglutaryl-CoA-reductază) ; în acest fel, modifică raportul dintre săruri biliare și colesterol.

Rezultate : se apreciază că circa 50% din calculii radiotransparenți se reduc sau dispar ; calculii mici și de dimensiuni mai mari (>20 mm diametru) mai greu influențați (sub 24%) ; calculii mici, multiplii mai ușor accesibili tratamentului dispar în 47% din cazuri.

Într-adevăr, utilizarea Ac Dc în L.B. a reprezentat o achiziție terapeutică senzațională. Există și inconveniente dintre care unele s-au conturat mai bine abia după aplicarea în clinică a Ac Dc, inconveniente care limitează accesibilitatea față de această medicație :

— tratamentul este de durată și costisitor ;
— oprirea sa este grevată de riscul recidivei ;
— administrarea restrînsă la L.B. de natură colesterolică.

3. De aceea, **tratamentul chirurgical** rămîne soluția de rezolvare radicală și de elecție în L.B. Deși condițiile de anestezie și reanimare s-au îmbunătățit, iar tehnicile chirurgicale s-au perfecționat, există încă un procent de mortalitate și de sechele postoperatorii (vezi și SPC) care impun atît respectarea indicațiilor operatorii și o pregătire bună preoperatorie, cît și o evaluare corectă a stării ficatului și a celorlalte organe digestive și extradigestive.

În principiu, ar trebui operată orice L.B. pentru care nu există contraindicații medicale la intervenție. Operația de elecție este colecistectomia, iar în cazul cînd se constată și o afectare oddiană se va asocia și o sfincteroplastie complementară.

**PAPILITA STENOZANTA.** Descrisă în 1926 de Del Valle, este un proces inflamator benign al ampulei lui Vater. Are o fază acută, edematoasă care poate fi reversibilă sau poate să treacă într-o fază de fibrozare și sclerozare cicatricială, ce duce la o

Scanned with OKEN Scanner

stenoză reversibilă a sfincterului lui Oddi. Unii autori apreciază că 30% din suferințele postcolecistectomizațiilor se datorează unei papilite stenozante.

**Atitudinea terapeutică**: dacă în cursul unei coledocotomii exploratorii sonda dilatatoare nr. 3 a lui Bakes nu traversează ușor ampula lui Vater se impune o duodenotomie exploratorie prin care se execută o papilosfincterotomie.

**PERFORAȚIE COLECISTICĂ.** Este o complicație majoră a colecistitei acute. Sediul de predilecție al perforației este fundul veziculei și, mai rar, regiunea infundibulară, apărînd fie pe o placă de gangrenă, fie pe o ulcerație de decubit cauzată de un calcul anfractuos.

Perforația se poate produce: a) pe un colecist blocat de aderențe, dînd naștere unui abces pericolecistic; b) pe un colecist acoperit de un segment de tub digestiv, care va fi perforat la rîndul său, creîndu-se o fistulă colecistodigestivă; c) pe un colecist liber de aderențe, cu revărsarea bilei purulente în marea cavitate peritoneală, dînd o peritonită biliară cu evoluție gravă.

**Tratamentul este chirurgical** și de mare urgență, mai ales în perforațiile libere cu peritonită generalizată.

Se va executa, de preferință, o colecistectomie cu sau fără coledocotomie, după caz.

Cînd starea locală sau generală contraindică acest tratament se va executa o colecistostomie după ce s-a deschis vezicula, s-a excizat regiunea perforată și s-au evacuat toți calculii din vezică (vezi „colecistita acută", „fistule biliare", „peritonită biliară").

Afară de perforația din colecistita acută s-au mai descris cazuri rare de perforație în: traumatisme abdominale (contuzii și plăgi); torsiuni ale vezicii biliare; perforații tifice; perforații după tratament cortizonic și altele.

În perforații punctiforme, pe un colecist sănătos, se va executa sutura sau înfundarea în bursă a perforației. În toate celelalte cazuri se va recurge la colecistectomie sau colecistostomie, după caz.

**PIOCOLECIST** (empiemul veziculei biliare). Este un colecist exclus prin calcul sau aglutinarea cisticului și al cărui conținut este purulent. Vezicula este, în general, litiazică, mărită de volum, deci palpabilă. Mersul clinic este acela al unei colecistite subacute sau acute, în funcție de virulența infecției.

Scanned with OKEN Scanner

Deoarece afecțiunea evoluează spre o formă gangrenoasă și o perforație în bloc pericolecistic sau în cavitate liberă, **tratamentul chirurgical**, colecistectomia, este de indicație absolută.

Unii autori atrag atenția că, în unele cazuri, ceea ce se consideră drept conținutul purulent este în realitate o bilă de culoare albicioasă din cauza unor precipitații de carbonat de calciu și colesterol.

**POSTCOLECISTECTOMIE** (sindrom) (S.P.C.). Extirparea colecistului nu este lipsită de riscuri, deoarece 5—15% din cei colecistectomizați continuă să sufere chiar dacă indicația pentru intervenție s-a făcut corect. În acest caz, poate fi vorba fie de acuze preexistente care au rămas neinfluențate, fie de acuze care, realmente, au apărut numai după actul operator.

Pornind de la realitatea clinică se poate distinge un sindrom precoce și unul tardiv postcolecistectomic.

A. **Sindromul precoce** se caracterizează prin manifestări clinice ce urmează imediat operației și care dispar prin tratament medical sau, mai rar, necesită reintervenție : constipație (inactivitate și dependență de laxative) ; diaree intra- și postprandială care apare la două—trei săptămîni de la operație (insuficiență de sfincter oddian) ; colici biliare frecvente de intensitate redusă (expresia efortului adaptativ) ; astenie postoperatorie (hepatopancreatită preexistentă ?) ; scădere în greutate sau, dimpotrivă, cîștig ponderal printr-o liberalizare precoce a dietei ; sindrom algo-febril-icteric fie prin litiază coledociană (migrare de calcul din hepatic sau colecist intra- sau postoperator, eventual anterior intervenției), fie printr-un proces inflamator preexistent cu tendință sclerogenă la nivelul coledocului terminal ; hemoragii digestive (avitaminoză K sau din artera cistică) ; fistulă biliară externă ; insuficiență hepatică ; supurații subfrenice sau subhepatice ; eventrații.

B. **Sindromul tardiv și de durată :**

a) manifestări la nivelul hepatocoledocului : strictură prin traumatism (manipulare chirurgicală sau trecere de calculi), prin infiltrație, abces biliar sau proces neoplazic ; stenoza sfincterului Oddi (traumatism prin trecerea de calcul sau operator ; preexistentă ca urmare a inflamației, colesterolozei sau a unei hipertrofii musculare congenitale ; spasm) ; litiază coledociană ;

b) suferința bontului cistic restant : litiază ; neovezicule ;

c) dischinezia sfincterului lui Oddi : hipertonă ; hipotonă ;

d) sindrom aderențial perihepatic și perivisceritic (perigastrită, periduodenită, pericolită etc.) ;

Scanned with OKEN Scanner

e) afecțiuni extrabiliare : colon iritabil ; pancreatită cronică ; stază duodenală ; afecțiuni parenchimatoase hepatice (hepatită și ciroză prin colestază, colangită).

**Profilaxia** sindromului postcolecistectomic se realizează prin respectarea următoarelor măsuri generale : acurateţe diagnostică și indicație corectă pentru intervenție ; tehnică adecvată și limitarea manevrelor brutale intraoperatorii ; pregătire preoperatorie complexă ; colangiografie peroperatorie ; recunoașterea și tratarea corectă a unor afecțiuni digestive asociate extrabiliare.

Din prezentarea schematică a S.P.C. se poate observa că unele suferințe impun o rezolvare medicală în timp ce altele obligă la reintervenție chirurgicală.

**Tratamentul medical** va fi individualizat și adaptat fiecărei suferințe în parte. O atenție deosebită trebuie acordată hipertoniei și hipotoniei oddiene, care se poate grefa pe un sfincter indemn sau modificat organic. Aceste diskinezii apar în trei—șase luni de la intervenție. Alteori sînt persistente, necesitînd o medicație de lungă durată care este similară celei recomandate în diskineziile căii principale (vezi „diskinezii biliare").

Constipația precoce, ca și colonul iritabil care poate să apară ulterior, se vor combate prin dietă bogată în fructe și legume fierte la care se adaugă ingestia unei cantități sporite de lichide (vezi „colon iritabil").

În astenia postoperatorie se va încerca o medicație roborantă (vitamine, tonice nervoase, anabolizante etc.), corectîndu-se în caz de prezență și fenomenele de insuficiență hepatopancreatică (vezi „insuficiența hepatică" și „pancreatita cronică").

Blocajul aderențial perivisceritic necesită un tratament complex care, de cele mai multe ori, dă puțină satisfacție. Pe lîngă medicația antalgică se va încerca și o terapie prin proceduri fizicale locale : parafină, pernă electrică, nămol, ultrascurte, infraroșii. La nevoie, infiltrații intradermice cu novocaină sau xilină 0,5—1% (vezi „periviscerite").

**Reintervenția chirurgicală** se va indica în cazul existenței unor cauze organice care necesită rezolvare directă (stricturi de coledoc, calcul coledocian restant, neovezicule etc.).

**PRIBRAM** (metodă pentru calcul restant în coledoc). La colangiografia postoperatorie de control executată prin tubul T fixat în coledoc se poate constata prezența unuia sau a mai multor calculi omiși cu ocazia coledocotomiei sau coborîți ulterior din căile biliare superioare intrahepatice.

Înainte de a reinterveni se poate încerca solubilizarea, mobilizarea și eliminarea lor pe căile naturale prin metoda Pribram. O modificare a metodei originale, recomandată de Sénèque, Rozsos și alții este următoarea : a) bolnav pe nemîncate de 12 ore ; b) cu 1/2 oră înainte de introducerea solventului se administrează sub limbă o pastilă de nitroglicerină ; c) se aspiră bila din tubul T, apoi se injectează foarte încet un amestec de 4 ml eter și 1 ml alcool 96° ; d) se pensează tubul T pentru 5 minute, dar dacă bolnavul are dureri foarte mari se scoate pensa și se ține tubul la verticală ; e) după 5 minute se introduce prin tub 10 ml ulei de parafină steril călduț și se închide tubul timp de două ore.

Această procedură se repetă zilnic sau la două zile, timp de două—trei săptămîni, cu cîte un control colangiografic săptămînal prin tubul T. Dacă după acest interval de timp calculul nu s-a mobilizat și eliminat, reintervenția este îndreptățită.

Mai recent, în locul solventului eter-alcool se recomandă o infuzie lentă prin tubul T a unei soluții de cholat de sodiu, care se știe că este un bun solvent al colesterinei.

**SFINCTEROTOMIE ODDIANĂ.** Constă în secționarea (despicarea) porțiunii terminale (intraduodenale) a coledocului. În funcție de întinderea secțiunii deosebim : a) papilotomie : secționarea numai a mucoasei retractate care îmbracă papila ; b) sfincterotomie simplă (10—12 mm), secționarea sfincterului comun al coledocului și canalului lui Wirsung ; c) sfincterotomie lărgită : secțiunea urcă și pe sfincterul propriu a coledocului.

Sfincterotomia se poate face printr-o incizie simplă sau prin excizia unui mic triunghi pentru a îndepărta mai bine buzele plăgii.

Marginile buzelor de secțiune pot fi lăsate libere sau pot să fie acoperite, unind prin cîteva puncte de sutură mucoasa coledocului cu cea a duodenului (sfincteroplastie).

**Indicațiile sfincterotomiei** sînt :

1. Absolute (de necesitate) : a) calcul inclavat în ampula lui Vater ; b) stenozele organice ale sfincterului Oddi.

2. Relative (tactice și de securitate) : a) calculi de coledoc care nu pot fi extrași prin coledocotomie supraduodenală (friabili, reținționați într-un pseudodiverticul al coledocului inferior etc.) ; b) cistic lung ce coboară lîngă coledoc în țeavă de pușcă pînă în spatele pancreasului ; d) coledoc greu de explorat în porțiunea supraduodenală din cauza unei pericoledocite accentuate.

Scanned with OKEN Scanner

Calea de acces pentru sfincterotomie se execută : a) prin coledocotomie supraduodenală pură, cu instrumentar special ; b) prin duodenotomie pură ; c) calea combinată coledocoduodenală este calea clasică obișnuită și cea mai sigură. Sonda introdusă prin coledocotomia supraduodenală permite identificarea prin palpare și stabilirea locului unde este papila. În dreptul ei se face o duodenotomie minimă prin care se execută sfincterotomia pe calculul inclavat sau pe o sondă introdusă pe sus. Urmează sutura duodenului în două straturi, iar coledocotomia supraduodenală se închide pe un tub de dren în T (Kehr).

**STRICTURI ALE CĂILOR BILIARE EXTRAHEPATICE.** Afară de stricturile congenitale (atrezie, chist etc.), cele cîștigate sînt de origine : a) inflamatorie : angiocolită, coledocită, cicatrice după ulcerații prin calculi ; b) traumatică : traumatisme abdominale închise și deschise ; c) chirurgicală : accidentale, după operații de colecistectomie sau de ulcer duodenal jos situat (95% din stricturi sînt postchirurgicale). Transsecția sau ligatura totală a coledocului dau fenomene grave care cer o reintervenție imediată. Stricturile cicatriciale se dezvoltă în timp, fiind produse de o ciupire laterală a coledocului, sutură prea strînsă prin atacuri repetate și tot mai severe de colangită cu icter. Colangiografia intravenoasă (uneori) dar mai precis colangiografia transhepatică ne precizează prezența și nivelul stricturii.

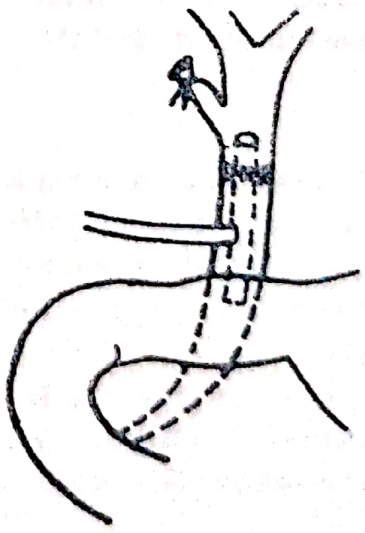


Fig. 93.

**Tratamentul în stricturile întinse inflamatorii,** ce cuprind aproape în întregime căile biliare extrahepatice constă în un drenaj Kehr prelungit la mai multe săptămîni sau luni și în o corticoterapie atît pe cale generală cît și prin spălături locale prin tubul T.

**Stricturile limitate, cicatriciale** sînt **tratate chirurgical** prin două metode :

1) Excizia stricturii și refacerea continuității prin sutură cap la cap. Sutura este protejată de un tutore reprezentat de ramura ascendentă sau descendentă a unui tub T introdus prin o coledocotomie la distanță de sutură și menținut una—cinci luni (fig. 93).

2) Anastomoză latero-laterală între segmentul proximal (suprastrictural) totdeauna dilatat şi duodenul sau o ansă intestinală exclusă prin procedeul Roux în Y.

Intervenţia cere o îngrijire pre- şi postoperatorie foarte atentă, o experienţă şi o tehnicitate deosebite. Chiar în aceste condiţii mortalitatea este crescută prin insuficienţă hepatică, desuniri şi hemoragii. Recidivele sînt frecvente, necesitînd reintervenţii tot mai dificile, rezultatele satisfăcătoare fiind consemnate în servicii de specialitate în jurul cifrei de 60%.

**THOREK** (colecistectomie). Spre deosebire de colecistectomia standard, unde vezicula biliară este excizată total, în colecistectomia Thorek vezicula biliară este excizată subtotal. Este lăsată pe loc acea porţiune din colecist ataşată de ficat (şi numai aceea) şi i se distruge mucoasa prin electrocoagulare. Permiţînd să rămînă acea fişie de colecist noi păstrăm integritatea ficatului ca organ încapsulat.

Scanned with OKEN Scanner

# PANCREAS

**ABCES PANCREATIC.** Este, de regulă, complicația infecțioasă a unui focar de necroză acută a glandei sau a unui traumatism pancreatic care, în fapt, realizează tot un proces de necroză acută.

**Tratamentul este exclusiv chirurgical** și constă în drenajul abcesului, completat cu un tratament medical antiinfecțios.

**ADENOCHISTOM PANCREATIC.** Este un chist produs prin proliferarea adenomatoasă mai ales a unei tumori benigne (chist-adenom) sau maligne (chistadenocarcinom).

**Tratamentul este chirurgical.** Eventualitatea malignizării chistelor pancreatice oscilează între 15—40%, de aceea chistul trebuie extirpat în întregime. Se pot face : excizia chistului cu bisturiul electric ; splenopancreatectomie corporeocaudală pentru chistele localizate caudal ; duodenopancreatectomie cefalică pentru localizările la nivelul capului pancreatic.

**ADENOM INSULAR LANGERHANS** (hiperinsulinismul). Este produs de tumorile insulare cu celule beta. **Rezolvarea este numai chirurgicală,** prin extirparea tumorii. După ce s-a stabilit diagnosticul de hiperinsulinism organic prin excluderea altor cauze de hipoglicemie se trece la explorarea chirurgicală a pancreasului căci există riscul malignizării, al obezității și al permanentei deteriorări a sistemului nervos. Cu cinci ore preoperator se administrează 500 ml glucoză 5%, continuată intraoperator și patru—cinci ore postoperator cu glucoză 10%.

Explorarea chirurgicală trebuie să fie foarte minuțioasă, vizînd fiecare porțiune a pancreasului. În caz de nevoie se va face decolarea splenopancreatică și se va explora fața posterioară. Explorarea trebuie continuată chiar dacă se evidențiază o tumoră, pentru că există adenoame multiple. De asemenea se va face o investigație,



Scanned with OKEN Scanner

pentru țesut pancreatic accesoriu (stomac, duoden, ligament gastrosplenic etc.). Tumorile mici, superficiale se pot exciza. Enucleerea nu trebuie făcută decît în localizările cefalice, dar dacă biopsia indică în aceste localizări malignitate se va face excizia țesutului pancreatic adiacent tumorii, urmată de sutură. În caz de adenoame maligne situate pe corp și coadă se practică o pancreatectomie distală, iar pentru localizarea cefalică, duodenopancreatectomie cefalică.

Cînd explorarea chirurgicală nu depistează adenomul se practică o rezecție oarbă a corpului și cozii pancreasului presupunînd o adenomatoză difuză sau adenoame nepalpabile. Pancreatectomia distală oarbă poate lăsa în 18—50% din cazuri adenoame cefalice sau ectopice care impun reintervenție, chiar repetată. Dacă nici în aceste circumstanțe nu se găsește adenom cefalic sau ectopic, se practică o pancreatectomie totală ca o soluție finală.

În toate cazurile de pancreatectomie distală se ridică și splina. În pancreatectomiile cefalice porțiunea distală a pancreasului se suturează pe tranșa de secțiune, după ligatura canalului Wirsung.

**CANCER DE AMPULA LUI VATER.** Are ca origine epiteliul papilei, mucoasa intrapapilară, peretele de vărsare a coledocului sau a canalului Wirsung. Deseori, cînd leziunea e descoperită este imposibil de precizat punctul de plecare, încît unii le denumesc cancere periampulare.

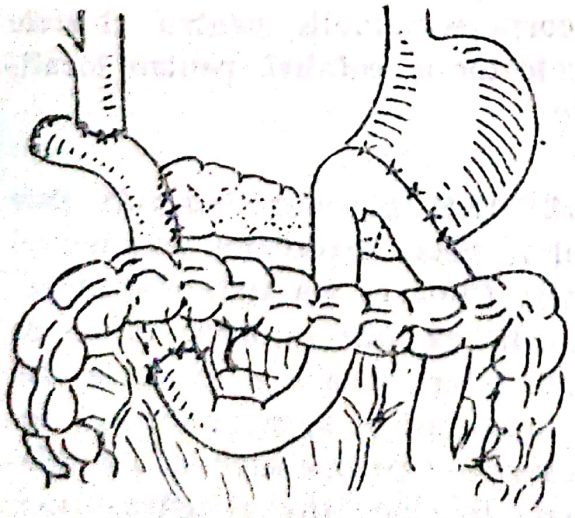


Fig. 94.

**Tratamentul, exclusiv chirurgical,** este paleativ sau radical în funcție de extensia tumorii, metastaze ganglionare sau hepatice.

**Tratamentul paleativ** constă în operații de derivație biliodigestive. **Tratamentul radical** constă în duodenopancreatectomie cefalică (fig. 94). O tehnică mai rar folosită este simpla ampulectomie, cu ablația unei rondele din peretele duodenal, tehnică ce nu respectă principiile oncologice. Se aplică în tumori mici, la persoane în vîrstă, tarate.

Scanned with OKEN Scanner

**CANCER DE PANCREAS.** Este o afecțiune destul de frecventă care se manifestă cu semne de împrumut ce fac ca depistarea să fie de regulă tardivă. Localizarea este preponderent cefalică (70%), cancerul corpului și cozii reprezintă, sumate, 25%, iar forma de cancer difuz doar 5%. Microscopic, formele tipice sînt epitelioame tubulocanaliculare.

**Tratamentul este exclusiv chirurgical.** Intervenția este paleativă sau radicală, în funcție de constatările intraoperatorii.

**Intervențiile paleative** se adresează tumorilor inextirpabile cu invazia organelor vecine, a venei porte și cu prezența metastazelor. Se practică, de asemenea, și în cazurile bolnavilor care nu pot suporta o intervenție largă, de exereză. Intervențiile paleative constau în derivații biliodigestive: colecistogastrostomie, colecistoduodenostomie, colecistojejunostomie la care se adaugă, în caz de compresiune duodenală, o derivație digestivă: gastroenterostomie. Se reduce, astfel, icterul, bolnavul își reia alimentația. Dar, supraviețuirile rareori depășesc un an.

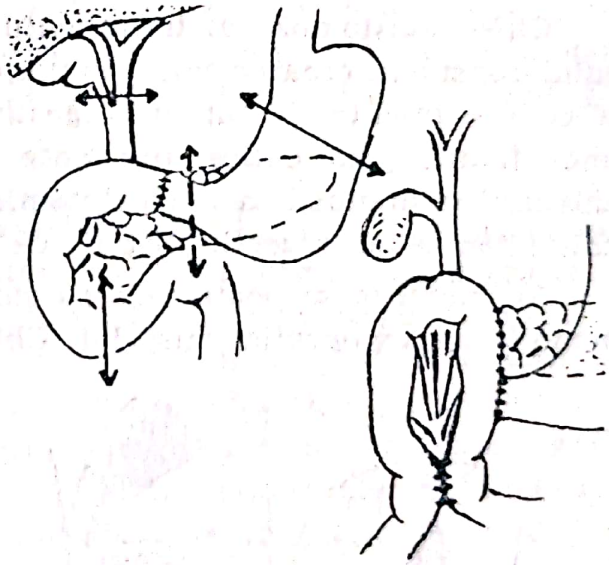


Fig. 95.

**Intervențiile radicale** sînt aplicate la un număr redus de cazuri. În cazul cancerului capului pancreatic se practică de regulă duodenopancreatectomia cefalică (fig. 95). Se poate practica și duodenopancreatectomia totală cu splenectomie, intervenție care evită o anastomoză pancreatojejunală. În cancerul corpului și cozii se execută o pancreatectomie corporeocaudală cu splenectomie. Intervențiile radicale nu dau nici ele supraviețuiri de durată.

**CHIST HIDATIC PANCREATIC.** Localizarea pancreatică a bolii hidatice este rară. Sediul chistului poate fi oricare porțiune a glandei. **Tratamentul este exclusiv chirurgical,** tehnica fiind în funcție de localizarea, mărimea și complicațiile chistului. Ablația chistului se aplică în chistele pediculate. Enucleerea convine chistelor mici, superficiale, mult exteriorizate. Chistotomia, ablația parazitului cu închiderea primară a cavității reziduale cu sau fără

drenaj este indicată în chistele mici sau mijlocii cu localizare cefalică sau corporeală, fără să existe o comunicare cu calea excretorie principală. În aceeași localizare și fără comunicare canalară, precum și în chistele supurate se practică drenajul simplu sau marsupializarea după ablația parazitului. Chistojejunoanastomoza pe ansă intestinală exclusă în Y (Roux) se indică în caz de chiste mari cu comunicare canalară situate în regiunea cefalică sau corporeală. Pancreatectomia caudală cu splenectomie se aplică în cazurile chistelor situate în jumătatea distală a glandei.

**CHISTOANASTOMOZĂ.** Reprezintă un procedeu chirurgical folosit în scopul drenării conținutului unor chiste dezvoltate la nivelul diferitelor organe. Procedeul se aplică pentru chistele pancreasului și pentru chistul hidatic hepatic (în anumite situații particulare).

Chistoanastomoza în tratamentul falselor chisturi ale pancreasului constă în crearea unei comunicări între cavitatea chistului și diferite segmente ale tubului digestiv. În acest fel se evită apariția unor fistule pancreatice, frecvente după alte procedee aplicate chistului (marsupializare, chistotomie cu drenajul cavității chistice, chistectomie sau rezecții parțiale de organ).

Anastomoza se poate face cu stomacul (fig. 96) sau cu jejunul, depinde de topografia chistului. Chistele cu dezvoltare înaltă (interhepatogastrică, retrogastrică) beneficiază de chistogastrostomie. Cele cu dezvoltare joasă (intergastrocolică, intergastrocolică cu evoluție spre mezocolonul transvers) pot fi anastomozate cu o ansă jejunală exclusă în Y. Anastomoza este indicată numai cînd pereții chistului sînt bine individualizați. Pentru chistogastrostomie calea de abord este transgastrică în zona în care stomacul bombează anterior. Se practică gastrotomia fetei anterioare pe o distanță, de 10—15 cm. După aspirarea conținutului gastric se punctionează cu un trocar gros chistul ce este alipit de fața posterioară

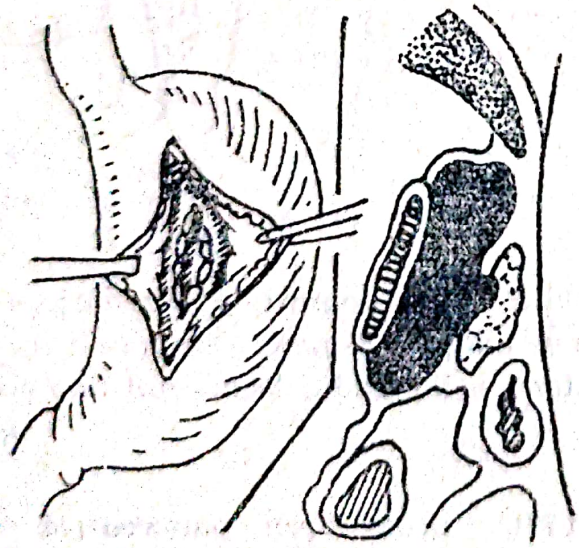


Fig. 96.

gastrică, se aspiră conținutul chistului apoi se lărgește comunicarea cu stomacul pe o distanță de 3—4 cm. Breșa gastrică se sutureză la breșa chistică cu fire separate. Pentru o bună funcționalitate a anastomozei, ea trebuie să fie cît mai declivă. Chistojejunostomia se practică pe o ansă exclusă în Y trecută transmezocolic și anastomozată latero-lateral la polul inferior al chistului.

Chistojejunostomia pentru fistulă biliară trenantă în urma tratamentului chirurgical al chistului hidatic hepatic este o intervenție de excepție. Este, de fapt, o anastomoză între o ansă jejunală exclusă în Y și cavitatea restantă a chistului hidatic (circumferința cavității), în centrul căreia se găsesc mai multe orificii fistuloase biliare. Chistofistulojejunostomia trebuie considerată a fi o terapeutică excepțională a unei fistule biliare trenante, fără cauză locală și fără obstacol coledocian pentru că, de obicei, la scurt timp după aceasta apare infecția prin refluxul pe ansă (angiocolita și hepatita de contact) care complică și mai mult o evoluție și așa complicată. Și în acest caz, anastomozele declive au o evoluție mai bună (cele de pe fața inferioară a ficatului) decît cele situate pe fața convexă a organului.

**DUODENOPANCREATECTOMIE CEFALICĂ** (operația lui Whipple). Este o intervenție extensivă și cu pretenție de radicalitate, indicată în cancerele cu localizare în regiunea cefalică a pancreasului și a regiunii ampulare. Intervenția poate fi practicată și în unele forme de pancreatită cronică cefalică, în necroze acute ale capului pancreatic, în tumori benigne întinse (chistadenoame) ale regiunii cefalice, precum și în tumori duodenale ce invadează capul pancreasului. În caz de cancer, intervenția se practică numai dacă nu există o invazie a venei porte și dacă lipsesc metastazele.

Intervenția ridică în bloc duodenul și capul pancreasului menajînd vasele mezenterice. În același timp se rezecă porțiunea distală a stomacului, coledocul retropancreatic, capul și gîtul pancreasului și 15—18 cm din prima porțiune a jejunului. Refacerea tranzitului biliar, digestiv și al fluxului secretor al porțiunii restante a pancreasului se realizează aducînd precolic ansa jejunală cu bontul de secțiune suturat și implantînd în ea termino-lateral, în ordine descendentă, coledocul, bontul gastric și canalul principal al bontului pancreatic restant. Un element dificil al intervenției este implantarea canalului Wirsung în jejun.

Complicațiile postoperatorii sînt : fistula pancreatică, hemoragia, peritonita.

Scanned with OKEN Scanner

Mortalitatea operatorie, în funcție de localizarea tumorii, variază între 11—21% (Clinica Lahey). Mortalitatea este mai scăzută și supraviețuirea în timp mai de durată în cazul tumorilor ampulare.

**ENCEFALOPATIE ENZIMATICĂ.** Este coafectarea encefalului din cursul pancreatitei acute, avînd substrat lezional microscopic pe structurile cerebrale și manifestîndu-se clinic prin stare confuzională, delir, halucinații, agitație psihomotorie, hipertonie cu contracturi spasmodice. Avînd în vedere etiologia etilică a pancreatitei acute, această manifestare ce se încadrează în toxemia enzimatică nu trebuie confundată cu delirium tremens.

**Tratamentul** este cel general al pancreatitei acute cu adaus de sedative centrale în caz de agitație : barbiturice, neuroleptice.

**FISTULA PANREATICĂ.** Apare, de obicei, după o necroză pancreatică operată prin foraj sau drenaj glandular, după drenaj extern în pseudochiste pancreatice ce comunică cu sistemul canalar, după ablația unor tumori pancreatice, biopsii pancreatice, traumatisme pancreatice.

**Tratamentul inițial este medical,** roborant, de echilibrare hidroionică proteinică, tratamentul anemiei, supleerea deficitului pancreatic prin administrarea de fermenți pe cale bucală. Tratamentul local constă în instilații continui cu soluție de acid lactic 4,7‰ (Trémolières) și protejarea tegumentelor cu ungvente adesive.

**Tratamentul chirurgical** este indicat în caz de eșec al tratamentului conservator cînd sînt interesate canale importante. Procedeele folosite sînt : 1) Rezecția pancreatică distală, în caz de fistule situate pe segmentul corporeocaudal. 2) Derivația internă a traiectului fistulos ; după disecția traiectului fistulos reperat cu o sondă de cauciuc sau plastic se face implantarea lui în stomac sau jejun (în funcție de sediul și lungimea fistulei). 3) Anastomoză pancreatodigestivă. Se aplică în cazurile în care nu se poate individualiza traiectul fistulos. Se practică anastomoza suprafeței pancreasului la nivelul orificiului fistulos, cu stomacul sau cu o ansă jejunală exclusă în Y. Anastomoza se asigură prin placare cu epiploon.

**NECROZA ACUTA A PANCREASULUI** (pancreatită acută ; apoplexie pancreatică ; drama pancreatică a lui Dieulafoy). Patogenia variată, incertitudinea diagnosticului și a leziunilor glandu-

Scanned with OKEN Scanner

lare, evoluţia şi complicaţiile presupun o serie de variante terapeutice. **Tratamentul pancreatitei acute este medicochirurgical.** Tratamentul medical este un tratament de fond, continuu, patogenetic şi simptomatic în acelaşi timp. Tratamentul chirurgical nu este totdeauna indicat avînd aplicaţie şi variante în funcţie de patogenia pancreatitei, nesiguranţa diagnosticului, leziunile glandulare, evoluţia şi complicaţiile bolii.

**Tratamentul medical** complex cuprinde :

1) Combaterea durerii : a) procaină 0,50—1% sub formă de : injecţii sau perfuzii i.v. în doză de 1—1,5 g/24 ore ; infiltraţie splahnică uni- sau bilaterală ; anestezie peridurală continuă ; folosirea xilinei în caz de intoleranţă la procaină, soluţie 1—2% sau 4%, impune respectarea dozei unice 0,2 g şi a dozei maxime pe 24 ore de 0,3 g ; b) petidină (mialgin) în doze mici şi repetate (efectul antispastic pe sfincterul lui Oddi este mult mai redus decît la morfină şi derivaţii ei care sînt contraindicate).

2) Combaterea şocului ; înlocuitori de plasmă : Dextran 70, Dextran 40, Marisang, mai rar sînge.

3) Corectarea tulburărilor hidroelectrolitice asigurînd, pe lîngă necesarul hidric şi 6—8 g Na şi 4—6 g K (în funcţia renală bună).

4) Inhibarea secreţiei pancreatice prin repaus alimentar absolut, aspiraţie gastroduodenală continuă, atropină i.m. 0,4—0,8 mg la 4 ore, probantină i.m. 30 mg la 8 ore, acetazolamidă.

5) Relaxante ale sfincterului Oddi : papaverină, nitroglicerină, nitrit de amil, scobutil.

6) Prevenirea infecţiei : antibiotice de tipul tetraciclinei intravenos.

7) Antihistaminice : Romergan 1/2 fiolă la 12 ore.

8) Corticoterapie : hemisuccinat de hidrocortizon 500 mg/zi numai pe durata insuficienţei circulatorii.

9) Antienzime : Trasylol 400—800 000 UIK/zi cu efect antişoc şi pe toxemia enzimatică, fără efect pe leziunile locale.

10) Alte metode : refrigeraţia gastrică, hipotermia generală moderată, dializa peritoneală, drenajul extern temporar al canalului toracic fistulizat în regiunea cervicală.

În caz că nu se obţine răspuns la tratamentul medical în decurs de 24—48 ore şi starea generală se agravează, iar local se menţine sau se intensifică reacţia peritoneală, se practică intervenţia chirurgicală, fiind de regulă prezentă o pancreatită necroticohemoragică.

**Intervenţia chirurgicală de urgenţă amînată** (24—48 de ore) dispune de o gamă largă de procedee :

Scanned with OKEN Scanner

1) Simpla infiltrație cu novocaină cu lăsarea unui dren de contact, amplasarea unui tub subcapsular retroperitoneal sau la rădăcina mezenterului pentru perfuzie procainică continuă.

2) Decolarea duodenopancreatică cu drenajul extern al infiltratului retropancreatic.

3) Evacuarea zonelor necroticohemoragice.

4) Exerezele pancreatice, care azi recîștigă teren. În necrozele corpului și cozii se practică splenopancreatectomie stîngă (distală). În necrozele întinse pînă în regiunea cefalică se practică splenopancreatectomie aproape totală, lăsînd un lizereu pancreatic indemn juxtaduodenal. În necrozele totale se indică duodenopancreatectomie totală cu splenectomie.

Intervențiile decompresive biliare : colecistostomie, coledocotomie nu au eficiență, ele lasă necrozele pe loc.

În aceeași situație se situează și drenajul wirsungian transpapilar.

Intervențiile chirurgicale se mai pot executa în urgență imediată sau ca intervenție tardivă.

**Intervenția în urgență imediată** după o scurtă pregătire medicală dar continuată per- și postoperator este dictată mai ales de nesiguranța de diagnostic. Și în această situație se pot aplica aceleași gesturi, experiența recentă pledînd pentru intervențiile de exereză în formele necroticohemoragice.

**Intervenția tardivă** are ca termen convențional trei săptămîni de la debutul pancreatitei, cînd procesul acut pancreatic a fost stins cu tratament conservator, dar se va interveni în momentul în care starea locală și generală o reclamă. Ea se adresează atît cauzelor biliare ale pancreatitei cît și complicațiilor locale de tip sechestru, abces sau pseudochist necrotic.

Intervențiile biliare se vor adresa litiazei veziculare și coledociene, putîndu-se executa în condițiile unui control radiologic operații complete, după caz : colecistectomie, coledocolitotomie, drenaj extern coledocian, sfincterotomie, anastomoză biliodigestivă.

Abcesele pancreatice se evacuează ; în chistele postnecrotice se practică drenaj extern sau intern ; iar în localizările caudale, splenopancreatectomie distală.

**PANCREAS ABERANT** (distopia pancreasului, țesut pancreatic heterotopic). Este o anomalie ce constă în prezența de țesut pancreatic în afara situației normale, fără relații anatomice în ce privește continuitatea sau vascularizația cu pancreasul. Sediul este stomacul (25%), duodenul (28%), jejunul (15%), ileonul (3%), diver-

Scanned with OKEN Scanner

ticolul Meckel (5%), mai rar hilul şi capsula splinei, epiploonul mare, peretele veziculei biliare şi, foarte rar, retroperitoneul. Mult timp asimptomatică, maladia, cînd se manifestă, are fie o simptomatologie de împrumut a organului în care e situat, fie una necaracteristică. Se prezintă, deseori, prin complicaţii : hemoragie, ocluzie, hiperinsulinism, malignizare.

**Tratamentul este chirurgical** şi constă în ablaţia tumorii, care trebuie descoperită la explorarea chirurgicală. Un examen histopatologic extemporaneu este obligator pentru ca, în caz de malignizare, să se facă o exereză suficient de largă.

**PANCREAS INELAR.** Este o anomalie congenitală caracterizată prin prezenţa unui inel sau benzi de ţesut pancreatic ce încercuiesc şi strîmtorează duodenul descendent (fig. 97). Beneficiază numai de **tratament chirurgical** şi anume : 1) Secţiunea sau rezecţia parţială a inelului. 2) Operaţii de ocolire de tip duodeno-duodenostomie sau duodenojejunostomie. 3) Rezecţie gastrică subtotală în prezenţa unui ulcer gastric sau duodenal indus de staza prelungită a alimentelor. În cazuri de ulcer duodenal se poate practica şi o vagotomie cu piloroplastie urmată de duodenoduodenoanastomoză.

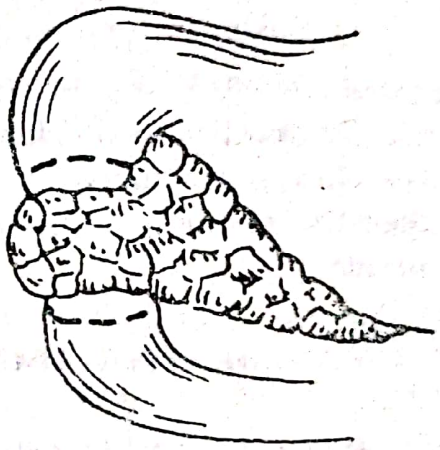


Fig. 97.

Rezecţia sau secţiunea inelului se poate executa în cazuri cînd pancreasul inelar este subţire şi fără proces de pancreatită acută sau cronică.

În obstrucţiile duodenale prin inel pancreatic gros cu modificări inflamatorii se practică duodenoduodenostomia, gastrojejunostomia sau duodenojejunostomia.

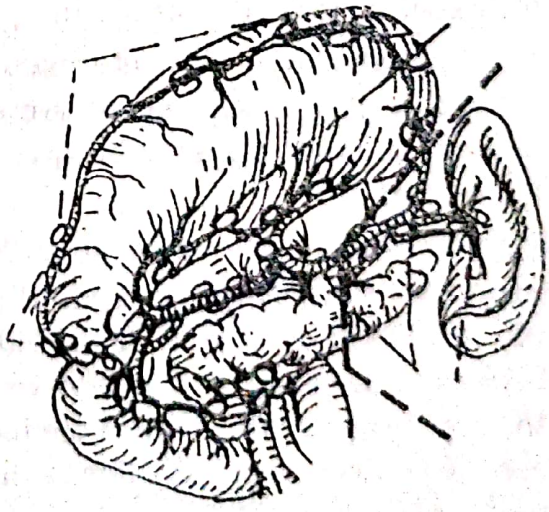


Fig. 98.

**PANCREATECTOMIE CAUDALĂ** (splenopancreatectomie caudală). Este o intervenţie ce ridică coada pancreasului cu o porţiune din corp



Scanned with OKEN Scanner

împreună cu splina, suturînd tranşa de secţiune pancreatică. Ea este indicată în leziuni distale ale pancreasului : traumatisme ; sechestre, chiste, fistule şi abcese ; tumori benigne sau maligne ; pancreatite acute necrotice ; pancreatite cronice (fig. 98).

**PANCREATECTOMIE TOTALĂ.** Este operaţia indicată în următoarele situaţii :

a) cancere ale pancreasului cu extindere glandulară, ceea ce face insuficientă rezecţia capului şi corpului ;

b) tumori insulare ale capului pancreasului care nu permit păstrarea capului şi care au o suferinţă ce depăşeşte riscul intervenţiei şi tulburărilor metabolice ce urmează pancreatectomiei totale ;

c) chistadenoame mari ale pancreasului ;

d) pancreatită cronică recidivantă.

Se practică o duodenopancreatectomie totală cu splenectomie, rezecînd şi porţiunea antrală a stomacului. Se restabileşte tractul digestiv şi biliar prin anastomoză coledocojejunală şi gastrojejunală.

**PANCREATITA ACUTĂ** (vezi „necroză acută de pancreas").

**PANCREATITA CRONICĂ.** Afecţiune cronică, de cele mai multe ori cu evoluţie ondulatorie — recidivantă, caracterizată din punct de vedere clinicobiologic şi radiologic prin prezenţa sindromului pancreatic (Haţeganu), cu un tablou anatomopatologic dominat de proliferarea ţesutului conjunctiv în dauna parenchimului exocrin, mai rar endocrin.

Etiopatogenia, deşi eterogenă, evidenţiază, totuşi, importanţa deosebită a intervenţiei etilismului şi dezechilibrelor alimentare precum şi a suferinţelor biliare. Uneori, factorul etiologic nu poate fi precizat.

Pancreatitele cronice se clasifică în : a) pancreatite cronice primitive (fără cauză aparentă) ; b) pancreatite cronice secundare (de însoţire) ; acestea sînt, de fapt, cele mai frecvente, apar în evoluţia a o serie de boli digestive (litiază biliară, afecţiuni inflamatorii şi degenerative ale coledocului, alterări ale canalelor pancreatice, ulcer gastroduodenal, afecţiuni hepatice, apendicită etc.), de unde şi folosirea termenului de „însoţire" ; c) pancreatite cro-

Scanned with OKEN Scanner

nice reziduale (după infecții virusale : hepatită virotică, parotidită epidemică, coxackie, virusul citomegalic).

**Tratamentul profilactic** vizează combaterea, în primul rînd, a principalilor factori patogenetici (alcoolism, deficite nutriționale, litiaza biliară) pentru a se evita apariția complicațiilor pancreatice care, odată instalate, sînt dificil de corectat prin mijloacele terapeutice actuale.

**Tratamentul curativ** urmărește mai multe obiective : a) înlăturarea tuturor factorilor suspectați de apariția și întreținerea bolii, în scopul de a opri din evoluție procesul patologic și de a menține insuficiența pancreatică într-un stadiu compensat ; b) corectarea deficitelor secretorii (enzime, acid clorhidric) printr-un tratament de substituție, mai puțin printr-o stimulare a secreției pancreatice care prin creșterea presiunii intracanaliculare, în unele zone, ar putea să devină nocivă ; c) înlăturarea complicațiilor loco-regionale (pseudochisturi, icter mecanic etc.) ; d) combaterea durerii care, de multe ori, domină tabloul clinic cu repercusiuni marcate asupra capacității de muncă.

În plus, tratamentul va fi adaptat atît formei clinice cît și momentului evolutiv al bolii.

1. **Măsuri igienodietetice.** Dieta reprezintă factorul esențial terapeutic în tot decursul bolii, necesitînd corecții și adaptări în raport cu rezervele funcționale ale pancreasului. În perioadele de acutizare se impun măsuri speciale de dietă : dacă puseul acut este sever, în primele 24 ore se poate suprima alimentația, după care se prescrie o dietă hidrozaharată (ceaiuri, supe de zarzavat strecurate, suc de fructe și de legume, citronade etc.) completată treptat cu făinoase, lapte smîntînit, piureuri de legume și fructe, brînzeturi proaspete, ultimele care se introduc fiind grăsimile fin emulsionate, în cantități reduse (gălbenuș de ou, untdelemn, frișcă, smîntînă etc.). În intervalele dintre acutizări, ca și în toate formele clinice cu evoluție progresivă fără alură recidivantă, regimul alimentar se va alcătui și administra în raport cu unele reguli dietetice specifice acestei afecțiuni.

Rația de grăsimi, în lipsa steatoreei, nu va trebui să depășească 25% din cea calorică ; în medie se pot prescrie în 24 de ore 30 g grăsimi fin emulsionate, administrate fără o pregătire culinară care să le facă iritante pentru tubul digestiv ; se vor proscrie untura, slănina și seul, precum și toate alimentele ce conțin asemenea grăsimi în cantitate mare ; apariția steatoreei obligă la o nouă reducere a aportului lipidic ; în asemenea circumstanțe se poate încerca completarea rației lipidice cu preparate fin emul-

Scanned with OKEN Scanner

sionate formate din acizi graşi cu lanţuri scurte sau medii (lipofundin, Twen 80=glicerol-monooleat, „ceres margarine" etc.); în general tratamentul dietetic influenţează bine steatoreea.

Aportul proteic, în lipsa creatoreei şi steatoreei, va fi normal, nedepăşind 1,5 g proteine/kg/24 ore; se preferă brînzeturile nefermentate, carnea slabă servită sub formă de rasol (pasăre, peşte slab, viţel), ouă fierte; cînd insuficienţa pancreatică s-a decompensat (creatoree, steatoree, malasimilaţie) se vor reduce alimentele menţionate încercîndu-se administrarea de preparate de acizi aminaţi şi / sau hidrolizate de proteine.

Cu ajutorul glucidelor se completează o raţie calorică adaptată greutăţii, vîrstei şi profesiunii; în general, dacă este posibil, nu va trebui să depăşească 5—7 g/kg/24 de ore; alimentele cu conţinut bogat în glucide vor fi uşor asimilate (miere, zahăr, paste făinoase, făină albă, orez, gris, făină de porumb, fructe proaspete sau chiar crude în formele uşoare de boală: mere, caise, citrice, struguri, cireşe); apariţia diabetului zaharat impune reducerea aportului de glucide (sub 250—200 g/24 de ore), complicînd şi mai mult alcătuirea regimului dietetic.

Se vor interzice: alcoolul sub toate formele, cafeaua, condimentele iritante, alimentele cu conţinut bogat în celuloză greu digerabilă, rîntaşurile, sosurile picante, afumăturile, conservele de carne şi vînatul.

Alimentaţia va fi divizată în cinci—şase prînzuri mici în 24 de ore, recomandîndu-se repaus postprandial cu aplicare de comprese călduţe, umede, în regiunea epigastrică.

În perioadele de acutizare repausul la pat devine necesar, uneori chiar în condiţii de spitalizare.

2. **Tratamentul medicamentos.** Medicaţia de substituţie cu fermenţi devine necesară în momentul cînd insuficienţa pancreatică s-a decompensat, steatoreea putînd fi, în acest caz, diagnosticată clinic. Dintre deficitele enzimatice pancreatice, cel mai important şi cel mai greu de compensat de către secreţia biliointestinală este cel lipazic. De aici şi necesitatea prescrierii unor preparate de lipază, dozele fiind fixate în funcţie de rezultatul terapeutic. În general, în insuficienţa pancreatică totală se recomandă cantităţi mari de lipază ajungîndu-se pînă la 15—20 capsule în 24 de ore. Este bine ca preparatul să fie prescris la începutul meselor, iar la bolnavii rezecaţi, prin faptul că lipaza devine activă după un timp de latenţă mai mare, se recomandă spargerea capsulelor în gură sau administrarea sub formă de granule.

Scanned with OKEN Scanner

Preparatele pe bază de extracte pancreatice care includ lipază, tripsină, amilază şi, unele dintre ele, hemicelulază au o eficacitate mai redusă decît cele cu conţinut exclusiv lipazic. Tripsina din aceste preparate este inactivată la temperatura camerei, malabsorbţia proteică neputînd fi corectată prin activitatea protează a acestora. În plus, preparatele pancreatice suferă alterări semnificative în stomac din cauza aciditătii. De aceea, pentru a obţine unele efecte se recomandă cantităţi mari, administrate în timpul mesei. O circulaţie mai largă o au următoarele specialităţi : Cotazim forte, Mexaze, Festal, Combiase, Viokase, Festavital, Luizym, Kombyzim, Nutrizym.

Corectarea hipoanaciditătii prin administrare de HCl (acidopeps) reprezintă tot o terapeutică de substituţie cu rol în stimularea secreţiei de secretină şi de reducere a poluării microbiene intestinale.

Combaterea durerii poate să devină o problemă centrală de terapeutică în stadiile avansate de boală şi, în special, în pancreatitele cronice care comprimă plexul solar. În acest scop se recomandă utilizarea a o serie de substanţe şi de proceduri : antalgice : algocalmin, antidoren, aspirină, piramidon, baralgin, novalgin ; antispastice : atropină, scobutil, papaverină, anticolinergice de sinteză ; anestezice locale : novocaină, xilină ; se pot administra *per os* în poţiuni împreună cu codeină, analgezină şi beladonă sau i.v. soluţie 0,5—1% 10 ml ; în plus, în cazurile rebele la tratament se poate infiltra splahnicul stîng şi ganglionul semilunar ; infiltraţia se poate face şi cu alcool ; unii preferă infiltraţia epidurală continuă ; priamidul (5 mg de două ori în 24 de ore) ar fi preparatul de elecţie avînd tropism pancreatic ; în cazuri disperate, în extremis, se poate încerca şi administrarea de cortizonice (prednison, superprednon) asociate cu unele antireumatice (butazolidină, indometacină, brufen), contîndu-se şi pe efectul antiinflamator al acestei medicaţii.

Se contraindică prescrierea de opiacee care, în afară de obişnuinţă, prezintă şi riscul creşterii presiunii intracanaliculare pancreatice.

Apariţia diabetului zaharat impune, în unele cazuri, pe lîngă corecţiile aduse dietei şi instituirea unui tratament cu sulfamide de tipul tolbutamidei. La insulină se va recurge în caz de mare necesitate, deoarece aceasta poate să stimuleze secreţia exopancreatică.

În plus, se va încerca combaterea tuturor deficienţelor existente sau potenţiale, cu tranzit intestinal accelerat şi denutriţie :

Scanned with OKEN Scanner

anabolizante (clortestosteronacetat, o fiolă la două zile ; nerobolin o fiolă de două ori pe săptămînă ; decadurabolin o fiolă la două—trei săptămîni ; naposim sau madiol două tablete/24 de ore) ; vitaminoterapie (K, A, D, $B_{12}$ și acid folic) ; calciterapie (per os sau injectabil ; gluconat de calciu) ; tratament marțial (fier polimaltozat, Haussmann sau imferon ; ultimul în doză unică de 1 500 mg).

3. **Tratament hidromineral și fizical.** Curele hidrominerale se recomandă pentru combaterea fenomenelor dispeptice fiind contraindicate în perioadele de acutizare (Slănic-Moldova, Sîngiorz, Căciulata).

Un efect sedativ-antalgic se poate obține și prin proceduri fizicale : ultrascurte, diatermie, căldură uscată sau umedă în etajul abdominal superior. În formele hiperalgice se poate încerca roentgenterapia antiinflamatorie.

4. **Tratament chirurgical.** Tratamentul chirurgical se va adresa cauzei care întreține cronicizarea și recăderile acute avînd ca obiective de principiu : a) rezolvarea afecțiunilor biliare ; b) asigurarea fluxului biliar și pancreatic în duoden, stomac sau jejun.

Procedeele chirurgicale sînt adaptate cauzelor și leziunilor identificate prin examenele clinice și mai ales paraclinice efectuate pre- și intraoperator. Există, astfel, o gamă largă de proceduri chirurgicale :

1. Rezolvarea afecțiunilor biliare : a) colecistectomie pentru litiază și procese inflamatorii veziculare ; b) coledocotomie cu extragerea calculilor în litiaza coledociană.

2. În scleroza sfincterului Oddi : sfincterotomie sau sfincteroplastie transduodenală.

3. În stenozele wirsungiene limitate juxtapapilar : dilatări cu drenaj transpapilar.

4. Pancreatectomie distală (caudală) în leziuni limitate în această zonă.

5. Pancreatectomie distală cu wirsungojejuno- sau wirsungogastrostomie în caz de stenoză proximală întinsă.

6. Pancreatojejunostomie transversală (Puestow) în dilatații cu retenție a canalului Wirsung.

7. Duodenopancreatectomie totală în leziuni întinse.

8. Derivații biliodigestive : coledocoduodenostomii sau coledocojejunostomii (au fost urmate, uneori, de ameliorări).

**PANCREATOJEJUNOSTOMIE.** Operație care asigură drenajul retrograd al sucului pancreatic în jejun. Este indicată în tumori pancreatice inoperabile cu obstrucție proximală a ductului

Scanned with OKEN Scanner

pancreatic. Se practică o rezecție limitată a cozii pancreasului, anastomozînd bontul pancreatic la jejunul exclus în Y și transpus prin mezocolon în etajul supramezocolic. Anastomoza pancreatojejunală se execută termino-lateral sau latero-lateral.

În unele forme de pancreatită cronică recidivantă cu obstrucție ductală întinsă în capul pancreasului se execută, de asemenea, o pancreatojejunostomie termino-laterală după rezecția cozii, a unei porțiuni a corpului pancreatic și a splinei.

În ambele tehnici, elementul propriu-zis de anastomoză al tranșei pancreatice este canalul Wirsung. În caz de canal cu calibru mic, anastomoza se tutelează cu un tub de plastic.

**PSEUDOCHIST PANCREATIC.** Ia naștere în jurul unei zone de necroză pancreatică consecutivă unui traumatism sau atac de pancreatită acută, prin incapsulare peripancreatică de sînge, lichide pancreatice și resturi tisulare. Prin dimensiunile și localizarea lor, pseudochistele pancreatice dau compresiuni pe organele vecine (duoden, coledoc, v. portă, stomac, colon) și pot comprima canalul excretor pancreatic, dînd pancreatită acută recidivantă sau pancreatită cronică. Se mai pot complica cu infecție, hemoragie intrachistică sau ruptură în peritoneu.

**Tratamentul este chirurgical** și se adaptează la leziune, localizare și complicație : extirparea pseudochistului sau marsupializare ; drenaj simplu sau derivație internă ; sfincterotomie oddiană și drenajul canalului lui Wirsung.

**PUESTOW** (operație) (wirsungojejunostomie). Este indicată în pancreatita cronică forma retențională primară sau secundară care realizează o strictură juxtaampulară a canalului Wirsung cu dilatarea în amonte și retenția sucului pancreatic, exprimată clinic prin crize dureroase (fig. 99).

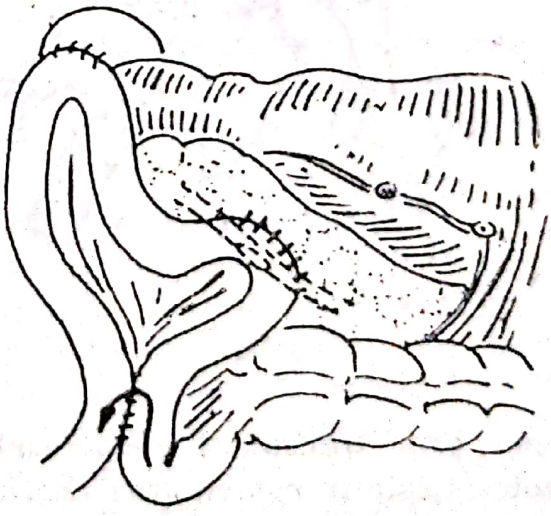


Fig. 99.

Intervenția are două variante :

1. **Wirsungojejunostomie cu splenectomie.** După splenectomie se face decolarea pancreasului de la coadă spre corp și cap, se secționează 1—2 cm din

coada pancreasului identificînd astfel canalul Wirsung. În continuare, se face o incizie longitudinală pe fața anterioară a pancreasului axată pe canalul Wirsung, care se deschide și el pînă la strictura cea mai proximală în raport cu duodenul. Pancreasul caudal sau excretor astfel deschis se implantează în capătul proximal al ansei jejunale exclusă în Y la o distanță de aproximativ 25 cm de unghiul lui Ttreitz și adusă prin mezocolon în etajul supramezocolic. Invaginarea pancreasului se menține fixînd circular capătul ansei excluse la capsula pancreatică.

2. **Wirsungojejunostomie fără splenectomie.** Se expune fața anterioară a pancreasului, se repereză canalul Wirsung prin puncție, se practică o wirsungografie apoi se deschide printr-o incizie longitudinală a feței anterioare a pancreasului canalul Wirsung pe toată întinderea dilatării. Se practică apoi o wirsungojejunostomie latero-laterală.

Condiții importante în execuție : a) să se deschidă toate pungile dilatate ale wirsungului ; b) sutura să nu intereseze mucoasa ductală (sutura depășește aproximativ 5 mm buzele inciziei) ; c) să se folosească o ansă jejunală exclusă, trecută transmezocolic.

**TRANSPLANT DE PANCREAS.** Problema transplantului de pancreas a suscitat un interes deosebit din partea clinicienilor. Numeroase lucrări experimentale, alături de experiența clinică (Lillehei a efectuat, în 1969, cinci transplante la om) atestă interesul în această problemă. Indicația transplantării o reprezintă tratamentul unor forme de diabet zaharat : diabetul zaharat juvenil extrem de grav, complicat cu o nefropatie indusă de leziunile vasculare de origine dismetabolică proprie diabetului. Sînt bolnavi la care nu există o altă alternativă terapeutică nici prin hemodializă cronică și nici prin transplant renal izolat, omoplastic. În aceste cazuri, soluția este transplantarea concomitentă de pancreas și rinichi (figura 100).

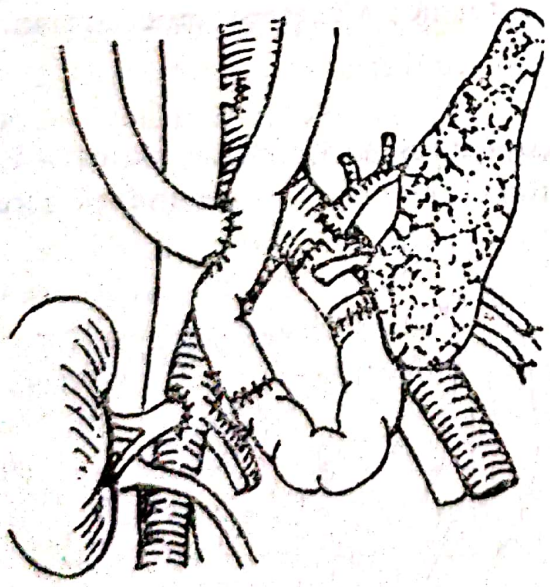


Fig. 100.

Recoltarea celor două organe de la cadavre, supuse timp de opt ore unei circulații prin cord-pulmon artificial, nu a asigurat funcționalitatea organelor. În schimb, recoltarea acestor două organe de la indivizi decedați prin traumatism craniocerebral și care nu au prezentat semne de șoc a arătat, după transplantare, o bună funcționalitate. S-a constatat, cu această ocazie, că pancreasul are o putere antigenică mai scăzută decît rinichiul.

Inițial s-au încercat transplante parțiale (corp și coadă), dar experiența cîștigată pledează în favoarea transplantului total de pancreas împreună cu duodenul. Se recoltează pancreasul cu cadrul duodenal, împreună cu sistemul vascular corespunzător: o porțiune din aortă cu trunchiul coeliac și artera mezenterică superioară pentru aport arterial, vena portă pentru drenaj venos. Transplantarea se face în fosa iliacă stîngă, conectînd bontul aortic pe artera iliacă comună, iar vena portă pe vena iliacă comună. Ansa duodenală se închide proximal, iar capătul distal se implantează în intestin. Rinichiul se transplantează în fosa iliacă dreaptă, conectat tot pe vasele iliace primitive. Postoperator, se instituie un tratament imunosupresiv pe bază de azathioprină și prednison.

Rezultatele obținute pînă în prezent nu sînt optimiste, dar perspectiva rămîne deschisă.

**TRAUMATISM PANCREATIC.** Leziunile traumatice ale pancreasului sînt rare. Se produc în următoarele condiții: a) leziuni prin plăgi abdominale; b) leziuni prin contuzii abdominale; c) leziuni traumatice intraoperatorii. Toate leziunile pancreasului se însoțesc de un proces mai mult sau mai puțin marcat de pancreatită acută.

**Tratamentul este chirurgical,** susținut de mijloace medicale. Tehnica chirurgicală va fi adaptată fiecărui caz în parte. În contuziile simple ale pancreasului se face o infiltrație periglandulară cu procaină și se lasă un tub de contact în zona contuzionată. Postoperator, se instituie un tratament preventiv al pancreatitei acute (vezi „tratamentul pancreatitei acute").

Zdrobirile și dilacerările glandei fără leziunea canalului Wirsung impun o toaletă a plăgii, hemostază îngrijită urmată de sutura pancreasului, după care măsuri medicale de prevenire sau tratare a pancreatitei acute posttraumatice. Leziunea sau ruptura pancreasului cu interesarea canalului Wirsung are rezolvări diverse, în funcție de leziunile realizate. Astfel, în secțiunea prin armă albă se poate tenta refacerea prin sutură a glandei și a canalului excretor după cateterismul celor două capete ale canalului secțio-

Scanned with OKEN Scanner

nat. Tubul de cateterism va fi exteriorizat fie prin duoden, fie prin coada pancreasului. Tehnica de refacere este mai greu de realizat în caz de contuzii pancreatice sau plăgi împușcate cu interesarea canalului. În aceste cazuri se practică o sutură a tranșei proximale cu ligatura canalului, iar porțiunea distală se implantează într-o ansă jejunală exclusă în Y sau ansă continuă în omega. Se pot implanta ambele bonturi în ansa jejunală și, de asemenea, s-au realizat anastomoze pancreatogastrice.

**ZOLLINGER-ELLISON** (sindrom). Sindromul este caracterizat prin triada : a) hipersecreție și hiperaciditate gastrică marcată (1 litru pe 12 ore cu peste 60 mEq/l) ; b) ulcere multiple cu localizare atipică la indivizi peste 50 ani, rezistente la tratament medical, recidivante după tratament chirurgical, cu tendință la complicații precoce (hemoragie, perforație) ; c) prezența unei tumori pancreatice cu celule non-beta ; d) la aceasta, se adaugă (35%) diareea.

Tumora poate fi unică, multiplă sau poate lipsi și în acest caz există doar o hiperplazie adenomatoasă. În 40—50% din cazuri ea este malignă, cu metastaze hepatice sau ganglionare, care au același caracter excitosecretor.

**Tratamentul este chirurgical.** Tipul de intervenție se stabilește numai după o explorare minuțioasă pentru prezența metastazelor a întregului pancreas, a antrului gastric, a duodenului, a ficatului.

În tumori pancreatice bine delimitate, situații mai rar întîlnite, se face extirparea tumorii. Pentru aceasta se cere ca tumora să permită enucleerea și să fie benignă, fapt ce impune o verificare extemporanee histopatologică. La 30′ după extirparea tumorii se face un test cu serul bolnavului injectat la șobolan și cu verificarea răspunsului secretor al stomacului animalului. În caz de răspuns negativ nu este necesară intervenție complementară pe stomac.

La fel se procedează cu tumorile limitate situate în peretele duodenal.

Proba pe animal poate fi înlocuită printr-o vagotomie asociată cu izolarea sau rezecția antrului gastric. Dacă la 30′ testarea aciditații printr-o aspirație continuă arată valori scăzute, rămîn suficiente aceste procedee complementare pe stomac.

În situația că după ablația tumorii nu scade aciditatea, de asemenea cînd nu se depistează o tumoră pancreatică sau cînd la biopsia ganglionilor limfatici de pe marginea superioară a pan-

Scanned with OKEN Scanner

creasului se depistează celule insulare, semn că există o tumoră cu originea în pancreas, se practică o gastrectomie totală.

Dacă tumora este situată în porțiunea stîngă a pancreasului se face o pancreatectomie stîngă cu splenectomie.

În caz de ulcer recidivant după o intervenție anterioară chirurgul este obligat să cerceteze în primul rînd cauze legate de intervenția practicată (rest de antru pe bontul de înfundare distal, vagotomie incompletă, ansă jejunală prea lungă, rezecție gastrică insuficientă) și numai în al doilea rînd o tumoră Zollinger-Ellison.

Scanned with OKEN Scanner

# SPLINA

**ABCES SPLENIC.** Poate fi un abces unic sau pot fi abcese multiple. Apare după infarct septic, după infecţii localizate (plăgi infectate, furuncul, pneumonie, apendicită) sau infecţii generalizate (stafilococcii). Abcesul mare, constituit, se operează prin extirparea splinei (splenectomie). Abcesele mici, la debut, pot fi stăpînite prin antibioterapie.

**CHIST HIDATIC SPLENIC. Indicaţia operatorie este categorică.** Procedeul operator va fi adaptat condiţiilor anatomice locale, particularităţilor evolutive şi complicaţiilor prezente.

Splenectomia reprezintă soluţia ideală. Ea se aplică în cazurile de splină mobilă, fără aderenţe mari. Chistotomia (splenotomia) cu marsupializare este indicată în chistele supurate, cu aderenţe mari cari fac laborioasă şi riscantă splenectomia. Dezavantajul metodei constă în dificultatea şi durata închiderii cavităţii reziduale. Chistotomia cu sutura cavităţii reziduale în aceeaşi şedinţă include riscul unor colecţii intraabdominale. Se poate efectua o chistotomie cu reducerea cavităţii reziduale sub drenaj aspirativ. Se pare că aceasta ultimă metodă cît şi splenectomia (în cazurile că se poate executa fără pericol) sînt metodele chirurgicale de elecţie.

**ECTOPIE SPLENICĂ.** Este etapa finală a splinei mobile care trece prin faze de ptoză, migrare în flancul stîng, pînă la fixare ectopică în bazin. **Soluţia terapeutică este splenectomia,** grăbită de complicaţia de torsiune completă sau incompletă. Pediculul lung al splinei uşurează tehnica splenectomiei.

**HEMANGIOM SPLENIC.** Formaţiune tumorală cu limite bine precizate sau interesînd totalitatea splinei este formată din mase



Scanned with OKEN Scanner

vasculare neîncapsulate conținînd sînge. Ea realizează, uneori, un aspect spongios prin dilatarea și confluența vaselor componente.

**Tratamentul este chirurgical, splenectomia.**

**HEMATOM PERISPLENIC.** Este o formă particulară a rupturii de splină (15%), formînd o colecție hematică care poate dura de la cîteva ore la cîteva zile, cu stare generală bună pînă la ruptura în al doilea timp în cavitatea peritoneală. Apare deseori după puncții splenice pentru splenoportografie. **Intervenția constă în splenectomie.** Datorită friabilității splinei nu se admit rezecțiile parțiale (polare) și nici sutura splinei. Tamponamentul splenic este o metodă de necesitate, excepțională, plină de riscuri.

**HIPERSPLENISM.** Este o stare morbidă, care se manifestă prin reducerea numărului elementelor circulante sanguine fie din seria roșie fie din seria albă fie din trombocite sau o combinație de două din aceste serii sau toate trei seriile. Cauza este o hiperactivitate a unor funcții normale ale splinei și mecanismele invocate sînt : 1) Distrugerea excesivă a elementelor celulare sanguine în splină. 2) Inhibiția, de către splină, a activității măduvei osoase cu frînarea maturației elementelor sanguine precum și a trecerii acestora din măduvă în circulația sanguină. 3) Producerea de anticorpi splenici care distrug elementele sanguine circulante.

Se deosebesc două feluri de hipersplenism : 1) Hipersplenismul primar, în care splina nu este alterată morfopatologic, ci numai funcțional. În această categorie intră : anemia hemolitică congenitală și dobîndită, purpura trombocitopenică, neutropenia splenică primară și pancitopenia splenică primară. 2) Hipersplenismul secundar, în care hiperfuncția este declanșată de o boală proprie sau de sistem care afectează și splina. Aceste boli sînt foarte numeroase și se categorisesc în : a) boli infecțioase acute și cronice ; b) boli congestive (ex. : hipertensiunea portală) ; c) boli metabolice ; d) boli tumorale benigne și maligne.

**Tratamentul** hipersplenismului constă în splenectomie cu rezultate foarte bune în hipersplenismul primar și mai variate și inconstante în cel secundar.

**RUPTURĂ DE SPLINĂ.** Este cea mai frecventă leziune ce se produce în contuzia abdomenului. **Tratamentul este splenectomia.** În marea majoritate a cazurilor se produce o leziune solitară, dar

trebuie explorat abdomenul în întregime, pentru că pot fi asociate și alte leziuni intraabdominale ce necesită sancțiune chirurgicală (ruptură de coadă de pancreas sau de rinichi stîng).

În 3/4 din cazuri bolnavul se prezintă cu semne de șoc și cu semnele de ruptură splenică. După o perioadă latentă de 6—10 ore se dezvoltă colapsul hemoragiei intraabdominale. În mai puține cazuri, după ce șocul inițial a trecut, simptomele catastrofei abdominale sînt amînate pentru 48 de ore, săptămîni sau chiar luni (ruptură întîrziată, ruptură în doi timpi). Excepțional se întîmplă smulgerea completă a splinei din pedicul, cu moarte rapidă.

**SPLENECTOMIE.** Este operația prin care se îndepărtează splina din organism (fig. 101).

**Indicații absolute :** ruptura splinei ; splina mobilă ; tumori ale splinei ; manifestări ale hipersplenismului primar ; supurații ale splinei ; chist hidatic.

**Indicații relative :** unele manifestări ale hipersplenismului secundar ; bolile de sistem (Hodgkin, leucemii etc.) ; ciroza hepatică ; splenopancreatectomia caudală de diferite indicații.

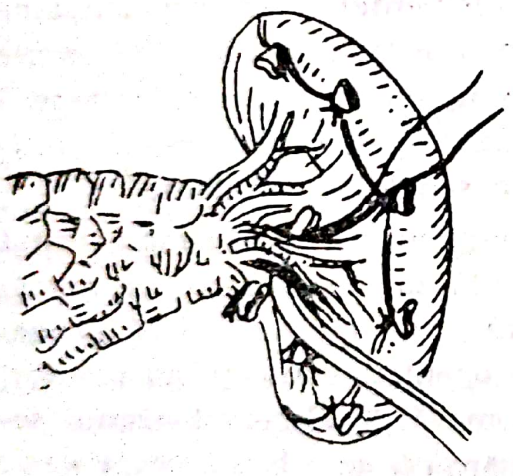


Fig. 101.

Calea de acces : mediană în traumatisme, permite o bună inventariere a organelor abdominale ; subcostală stîngă, cînd este vizată numai splina ; toracofrenolaparatomia în spline foarte mari și în traumatisme toracoabdominale.

Complicații postoperatorii : stază și congestie pulmonară stîngă ; hipertermie postsplenectomie ; hiperplachetoză cu tendință la tromboze ; hemoragie secundară din cauza derapării unor ligaturi vasculare ; colecție și supurație subfrenică stîngă ; fistulă gastrică prin ciupirea stomacului în cursul secțiunii vaselor scurte ; fistulă pancreatică prin lezarea cozii pancreasului aderentă de hilul splenic ; recidiva manifestărilor de hipersplenism prin lăsarea pe loc de spline accesorii.

**SPLENOPEXIE.** Este operația prin care o splină mobilă este repusă și fixată prin diferite procedee în loja ei. Dar, azi splina mobilă se rezolvă în mod unanim prin splenectomie. Totuși, unele

Scanned with OKEN Scanner

procedee de splenopexie se execută și acum de către unii chirurgi, însă cu alt scop și anume pentru crearea de șunturi venoase care să dreneze sînge din sistemul port în sistemul cav în cazul unei hipertensiuni portale. Aceasta se realizează provocînd aderențe între splină și țesuturi învecinate tributare sistemului cav. Un astfel de procedeu este cel care printr-o incizie orizontală decolează peritoneul parietal din dreptul splinei și creează un buzunar în care se fixează splina.

Amintim în acest sens și un alt procedeu, mai recent, care fără să fie o splenopexie propriu-zisă urmărește același scop de creare de șunturi portocave prin aderențe și anume este vorba de transpoziția toracică a splinei (vezi „ciroza hepatică").

**SPLINĂ MOBILĂ** (ectopică). Dacă ligamentele care fixează splina în hipocondrul stîng sînt alungite fie congenital, fie printr-un proces dobîndit (multiparitate etc.), atunci se conferă splinei o foarte mare mobilitate, ea putîndu-se deplasa pînă în pelvis.

Deși tulburările produse de o splină mobilă sînt minime, totuși se recomandă splenectomia pentru că organul este amenințat permanent de torsiunea pedicululuí splenic, fenomen grav ce evoluează cu semne de abdomen acut : șoc, durere, prezența în abdomen a unei mase fixe, mult mărită și foarte dureroasă la palpare. Evoluția acestei stări duce fie la ruptura splinei cu hemoragie, fie la gangrena splinei, infecție și peritonită.

De aceea, în torsiunea de pedicul splenic **splenectomia de urgență** are o indicație absolută.

**TUMORA SPLENICĂ.** Tumora splenică malignă primitivă este un sarcom. Splenomegalia este importantă. Dacă ai certitudinea că este un sarcom primar, solitar, fără alte localizări în organism atunci indici **splenectomia.** Operația este dificilă din cauza dimensiunilor splinei, iar supraviețuirile peste cinci ani sînt excepționale. Tumorile splenice maligne secundare (metastezele splenice) sînt rare (țesutul splenic ar avea o adevărată acțiune inhibitorie asupra dezvoltării tumorale).

Scanned with OKEN Scanner

# PERETE ABDOMINAL

**ADIPECTOMIE.** Intervenţie prin care se extirpă o parte din paniculul adipos al feţei anterioare a abdomenului. La unele femei cu obezitate monstruoasă ţesutul gras subcutanat se dezvoltă enorm luînd aspectul unui adevărat „şorţ" ce poate descinde pînă în regiunea pubiană sau chiar mai jos. În afara considerentelor estetice, rezultă şi o infirmitate considerabilă.

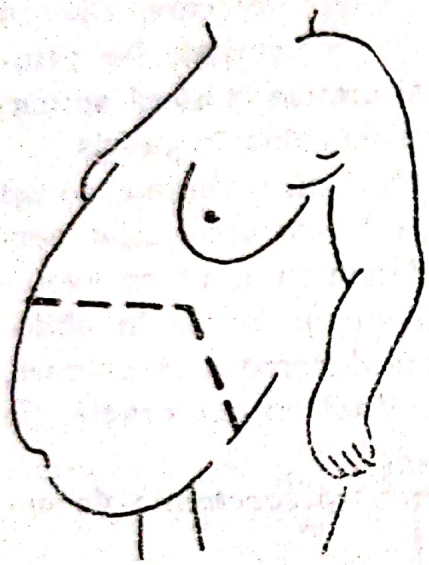


Fig. 102.

Adipectomia înlătură acest panicul adipos, fără a fi însă o intervenţie de slăbire aşa cum este scurtcircuitarea intestinală. Excizia peretelui se face în felie de pepene transversală, pînă la nivelul aponevrozei. Se extirpă şi ombilicul, sediu frecvent la aceste femei a unor hernii ombilicale (fig. 102).

Adipectomia se poate asocia curei unei eventraţii sau unei laparotomii pentru o afecţiune intraabdominală.

**ADIPOCEL.** Tumoră benignă a ţesutului gras, cel mai frecvent localizată subcutanat dar se poate întîlni şi retroperitoneal, în mezenter şi excepţional chiar pe unele organe (ficat, rinichi, pulmon).

**Tratamentul este chirurgical** şi constă în extirpare urmată de vindecare. Recidiva este excepţională.

**BUBONOCEL.** Este hernia inghinală care s-a exteriorizat şi este localizată la nivelul orificiului subcutanat al canalului inghinal. **Tratamentul este chirurgical** şi constă în cura radicală a herniei după unul din procedeele uzuale, pre- sau retrofuniculare.



Scanned with OKEN Scanner

**CICATRICE ABDOMINALĂ** (hipertrofie, cheloid, osificare).

**Tratamentul cicatricei hipertrofice** nu se întreprinde în fază precoce, deoarece în aproape toate cazurile se mai poate petrece un oarecare grad de ameliorare. Dacă, însă, după şase luni cicatricea rămîne tot hipertrofică, nemodificată, atunci se poate indica tratamentul, care este **chirurgical** = excizia şi sutura primitivă a plăgii. Putem spera un oarecare succes în cazurile în care cicatricea hipertrofică pe care o operăm a fost produsă prin proliferare celulară fibroblastică şi endotelială excesivă (a apărut, deci, după plăgi lăsate deschise, arsuri, plăgi infectate). Nu ne aşteptăm la rezultate bune dacă cicatricea hipertrofică a urmat după vindecarea fără complicaţii a unei incizii chirurgicale simple.

**Tratamentul cicatricei cheloide** se bazează, în principal, pe injectarea cît mai precoce şi direct în leziune a triamcinolonului acetonid 10 mg/ml (Ketalog-10 injectabil). Se fac injecţii la fiecare 3—4 săptămîni şi tratamentul nu trebuie să dureze mai mult de şase luni. Iată o schemă de dozaj :

| Dimensiunea leziunii | | Doza per injecţie |
|---|---|---|
| 1—2 cmp | ——→ | 20—40 mg |
| 2—6 cmp | ——→ | 40—80 mg |
| 6—10 cmp | ——→ | 80—110 mg |

Pentru leziuni mai mari, doza maximă trebuie să fie 120 mg. La copii, dozele maxime variază = 20 mg pentru 1—2 ani, 40 mg pentru 3—5 ani şi 80 mg pentru 6—10 ani.

Să nu se injecteze medicamentul mai des sau în doze mai mari, pentru că apar reacţii adverse, posibil un răspuns prea intens, care duce la atrofia excesivă a pielei şi a ţesutului celular subcutanat din jurul leziunii. Răspunsul variază mult, unele leziuni devin plate după 2—3 injecţii iar altele nu răspund de loc.

Tratamentul local cu corticosteroizi sau prin iradiere nu şi-a dovedit eficacitatea. Tratamentul chirurgical (excizie) duce la recidivă. În prezent, excizia chirurgicală este folosită numai în asociere cu tratament corticosteroid în leziune. Indicăm excizia în leziunile mari, la care tratamentul corticosteroid ar întrece dozajul permis. În acest caz, plaga este injectată în momentul operaţiei şi, apoi, postoperator în coformitate cu schema arătată mai sus. Trebuie să avem grijă să nu ne extindem cu incizia chirurgicală departe, în pielea normală din jurul cheloidului, deoarece în aceste cicatrici poate să apară un nou cheloid.



Scanned with OKEN Scanner

**Osificarea** inciziei de laparotomie sau „osul de laparotomie" este un proces de metaplazie osoasă a țesutului conjunctiv fibros al cicatricii. Tratamentul este chirurgical și constă în excizia osului neoformat și sutura pielei.

**CISTOENTEROCEL HERNIAR.** Este hernia inghinală directă sau oblică internă care conține în sacul herniar, pe lîngă o ansă intestinală, un diverticol al vezicii urinare sau chiar vezica. Se **tratează chirurgical,** odată cu hernia. Tratamentul herniei împinge, în același timp, vezica în loja sa. Alteori se completează cu rezecția diverticolului vezical, asigurînd postoperator drenajul vezical prin sondă timp de șase-opt zile. Într-un timp ulterior se rezolvă adenomul periuretral, care poate fi cauza diverticolului sau a hernierii vezicii.

**DIASTAZĂ A DREPȚILOR ABDOMINALI.** Eventrație spontană observată frecvent la femeile multipare, este caracterizată printr-o distanțare anormală de linia mediană a mușchilor drepți abdominali. Această diastază este maximă în regiunea subombilicală, putîndu-se creia un spațiu de opt-zece cm prin care ansele intestinale pătrund la efort.

Spre deosebire de eventrațiile postoperatorii, aici toate planurile peretelui abdominal sînt păstrate. Nu există soluție de continuitate pe peritoneul parietal anterior (cicatrice) și, deci, nu există aderențe ale epiploonului și anselor intestinale la peretele abdominal. Din acest motiv, în **cura chirurgicală** a diastazei nu este necesar a se deschide peritoneul. Refacerea peretelui abdominal se execută după tehnica descrisă de Quénu. După laparotomia mediană pe toată lungimea diastazisului se evidențiază teaca drepților (fața anterioară) care se incizează pe marginea internă a fiecărui *m.* drept abdominal. Cele două lambouri aponevrotice interne se suturează pe linia mediană formînd peretele posterior al noului perete refăcut. În fața suturii aponevrotice se aduc pe linia mediană, prin sutură, cei doi mușchi drepți abdominali, iar în fața planului muscular se reface fața anterioară a tecii drep-

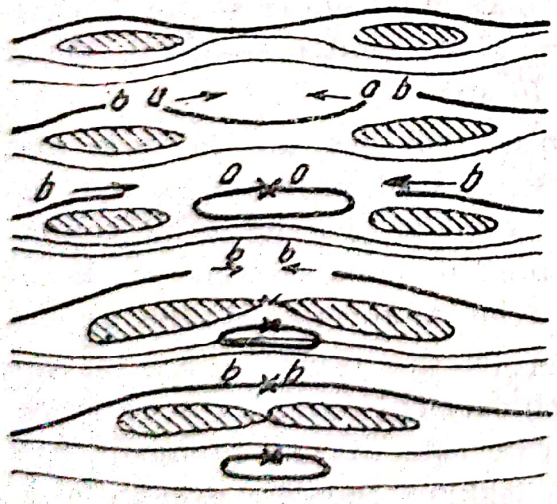


Fig. 103.

ţilor, prin coaserea marginilor externe ale inciziei aponevrotice (fig. 103).

**ELITROCEL.** Este o hernie perineală caracteristică femeii, varietate mediană dorsală. Ea iese prin fanta coccipubiană a ridicătorilor şi împinge în partea superioară a peretelui posterior al vaginului. **Tratamentul este exclusiv chirurgical** (fig. 104).

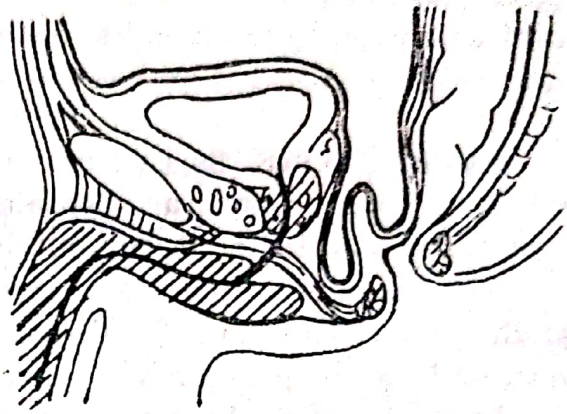


Fig. 104.

**EPIPLOCEL.** Hernie de regulă inghinală, cu conţinut epiploic în sacul herniar. **Tratamentul** constă în cura radicală a herniei după repunerea epiplonului în cavitatea peritoneală sau rezecţia porţiunilor sale aderente la sac.

**EVENTRAŢIE.** Defect de continuitate a peretelui abdominal musculoaponevrotic cu respectarea integrităţii tegumentare. Se deosebesc eventraţii spontane (congenitale, paralitice) şi cicatriceale (accidentale şi postoperatorii, acestea din urmă fiind cele mai frecvente).

**Tratamentul lor este chirurgical.**

În eventraţiile spontane (de regulă ale liniei albe) se întăreşte linia mediană fără a deschide peritoneul.

Eventraţiile cicatriciale se rezolvă printr-o cură radicală ce cuprinde doi timpi : a) timp intraabdominal, de explorare şi de eliberare a aderenţelor şi de rezecţie a sacului ; b) timp parietal, de reparare şi întărire a peretelui.

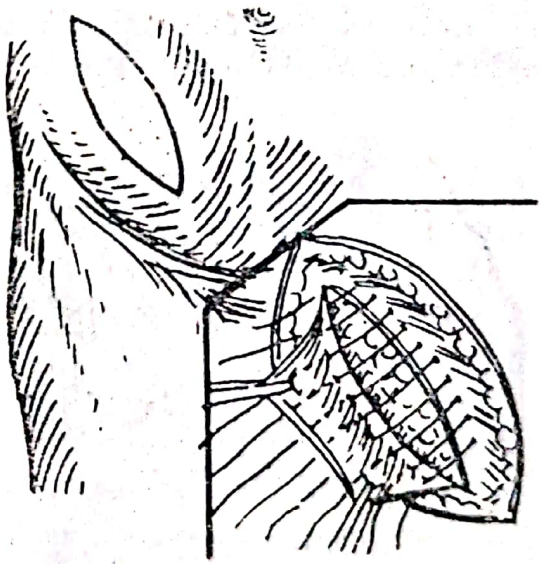


Fig. 105.

Repararea peretelui constă în sutura planurilor musculoaponevrotice după prepararea completă a defectului ; în eventraţii mici se face afrontarea marginilor (figura 105).

În eventraţii mari se folosesc procedee diverse de plastie a peretelui : a) plasă de material plastic aplicată între marginile de-

fectului aponevrotic, deasupra lui, properitoneal sau pe fața peritoneală a defectului; b) grefă de piele liberă dezepidermizată (grefă dermică) plasată supraaponevrotic.

Eventrațiile mari „cu pierdere de domiciliu" se pregătesc în prealabil printr-un pneumoperitoneu, care are scopul de a mări capacitatea cavității peritoneale (vezi „pneumoperitoneu"). Reducerea sub tensiune a unei eventrații generează insuficiențe respiratorii grave postoperatorii la indivizi picnici, obezi, cu tare respiratorii.

**EVISCERAȚIE.** Se caracterizează prin ieșirea viscerelor abdominale printr-o plagă accidentală sau una operatorie care suferă o dezunire a suturilor (tegumentele sînt desfăcute).

Eviscerația, completă sau incompletă, poate fi blocată la marginile plăgii sau poate fi liberă (depășește peretele, viscerele se revarsă în afara plăgii peste tegumente).

**În eviscerațiile blocate** se preferă abstenția chirurgicală și reducerea pe cît posibil a dehiscenței, cu fixarea prin benzi adesive largi, trecute cît mai posterior.

**În eviscerațiile libere** se face lavajul viscerelor cu soluție salină izotonică, readucerea în cavitatea peritoneală în caz că nu prezintă modificări de vitalitate și refacerea peretelui.

Refacerea se face într-un singur plan folosind fire groase de nylon sau metal (oțel). Firele de nylon pot fi sprijinite pe tampoane sau pe tuburi rigide de plastic care limitează tensiunea firelor evitînd, astfel, secțiunea planurilor musculoaponevrotice.

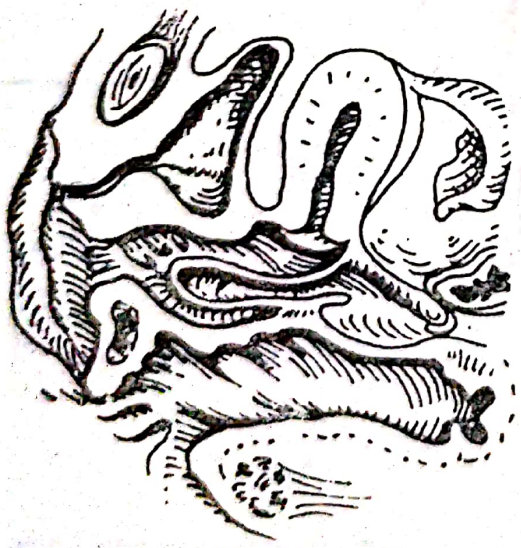


Fig. 106.

Se asigură consolidarea intervenției cu un **tratament medical adjuvant**: aspirație gastrică continuă, antibiotice, vitamine, echilibrare hidroionică, corectarea anemiei și a hipoproteinemiei.

**HEDROCEL.** Este o hernie perineală, varietatea mediană dorsală. Ea iese prin fanta coccipubiană a ridicătorilor și împinge înaintea ei peretele anterior al rectului. **Tratamentul este exclusiv chirurgical** (fig. 106).

Scanned with OKEN Scanner

**HERNIE ABDOMINALĂ EXTERNĂ.** Este exteriorizarea unor organe din cavitatea peritoneală, învelite în peritoneu și tegument și ieșite printr-un orificiu anatomic preformat (zonă slabă a peretelui abdominal). Astfel, la nivelul peretelui anterior al abdomenului se întîlnesc cele mai frecvente hernii : inghinale, femorale, ombilicale, mai rare fiind herniile liniei albe și excepționale herniile liniei lui Spiegel și obturatorii. La nivelul peretelui abdominal posterior deosebim hernii lombare și ischiatice ; la nivelul peretelui abdominal inferior hernii perineale ; la nivelul peretelui superior al abdomenului hernii diafragmatice.

**Tratamentul** este conservator și chirurgical.

**Tratamentul conservator** poate intra în discuție numai în herniile simple (fără complicații : strangularea, peritonita herniară). Se folosesc bandaje ortopedice și injecții sclerozante. Ultima metodă este abandonată, iar prima este folosită din ce în ce mai rar (la copii pînă la șase ani sau la bătrîni cu tare viscerale).

**Tratamentul chirurgical** este atît de bine pus la punct încît a exclus aproape în întregime metodele conservatoare. Orice hernie abdominală, odată diagnosticată, se operează. Bineînțeles, sînt și cazuri care trebuie pregătite bine (hernia voluminoasă, cu „pierderea dreptului la domiciliu"). Cura operatorie urmărește reducerea organelor herniate, rezecția sacului și refacerea, cît mai sigură, a peretelui abdominal. Particularități de tehnică se găsesc la fiecare localizare.

**HERNIE ABDOMINALĂ INTERNĂ.** Este o formă particulară de ocluzie intestinală, produsă prin pătrunderea peretelui intestinal într-un orificiu normal sau anormal al cavității abdominale ; în fosete paraduodenale (hernia lui Treitz) ; în fosete retrocecale ; în hiatus-ul lui Winslow ; în spărturi congenitale sau postoperatorii din mezocolonul transvers (hernia retroanastomotică Petersen), marele epiploon sau diafragm ; în spații create prin histeropexii, prin bride formate de aderențe sau organe (apendice sau diverticul Meckel cu continuitate distală fixată).

**Tratamentul este chirurgical,** indicat pentru un tablou de ocluzie mecanică acută a cărei etiologie este greu de precizat. Ca și în herniile externe, soarta intestinului încarcerat aici depinde tot de natura încarcerării, dacă există strangulare sau nu a mezenterului. Adesea, însă, inelul herniar nu strangulează mezenterul așa de puternic, astfel că încarcerarea rămîne mult timp de tip obstructiv.

Scanned with OKEN Scanner

**HERNIE FEMURALĂ.** Este hernia abdominală produsă la nivelul inelului femural. **Cura operatorie este singura soluție** și rezultatele sînt foarte bune (recidive de numai 1—2%). Operația se poate face pe cale inghinală (avantajoasă pentru că dă acces bun asupra coletului sacului și oferă posibilități mai bune în cazul strangulării cu necroză de intestin) sau pe cale femurală (nesatisfăcătoare pentru legarea corectă a gîtului sacului). Refacerea peretelui constă în închiderea inelului femural prin sutura tendonului conjunct și a fasciei transversalis la ligamentul lui Cooper (fig. 107).

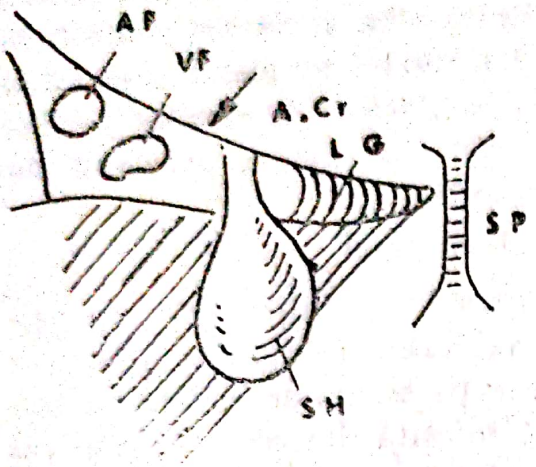


Fig. 107.

**HERNIE INGHINALĂ.** Este varietatea de hernie abdominală care se exteriorizează la zonele slabe de la nivelul canalului inghinal. Deține primul loc ca frecvență (cam 4/5 față de celelalte forme de hernie). **Cura operatorie** este singurul tratament admis. Se execută printr-o serie numeroasă de procedee, mărturie a insatisfacției chirurgilor în unele cazuri (herniile de slăbiciune dau 20—40% recidive). După modul cum sînt refăcute planurile anatomice ale peretelui în raport cu cordonul spermatic la bărbat deosebim :

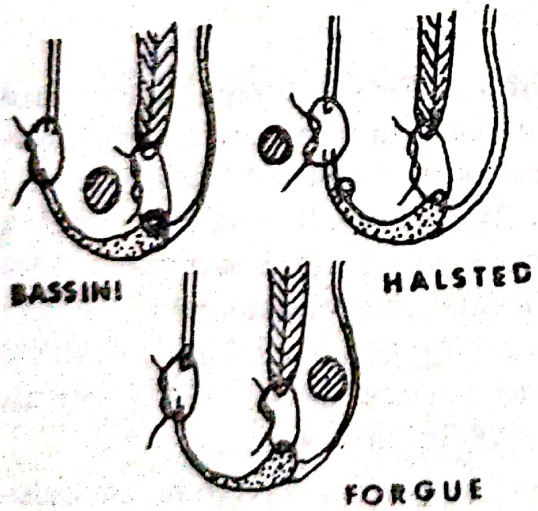


Fig. 108.

1) Procedee prefuniculare, în care planurile anatomice sînt reconstituite înaintea cordonului spermatic (Forgue ; Kimbarovski).

2) Procedee retrofuniculare, în care planurile anatomice sînt refăcute înapoia cordonului spermatic (Halsted ; Postempski).

3) Procedee anatomice, în care se reface un plan înapoia cordonului (planul tendon conjunct — bandeleta iliopubiană) și un alt plan înaintea lui (planul aponevrozei m. oblic extern) ; este procedeul Bassini clasic (fig. 108).

Scanned with OKEN Scanner

Acurateţea tehnică este cheia succesului. Suturile planurilor nu au voie să stea în tensiune, de aceea se apelează, raţional, la „incizii de degajare" prin care planurile musculoaponevrotice se relaxează. Excepţional, lipsa planurilor anatomice de oarecare soliditate obligă la plastii ale peretelui (proteze din material plastic).

**HERNIE A LINIEI ALBE.** Mai frecvent se întîlneşte în regiunea epigastrică, pe linia mediană. De obicei, este vorba de ieşirea grăsimii properitoneale şi a ligamentului rotund printr-un orificiu aponevrotic, rareori găsim o hernie veritabilă, cu sac peritoneal. **Tratamentul este chirurgical,** operaţia este simplă. Se rezează lipomul preherniar şi se suturează peretele în bloc. Important este că asemenea hernii (1/3 din cazuri) au asociată o leziune viscerală, de obicei gastrică, mai rar biliară. De aceea, o hernie epigastrică dureroasă trebuie bine investigată pentru a descoperi eventuala asociere patologică (fig. 109).

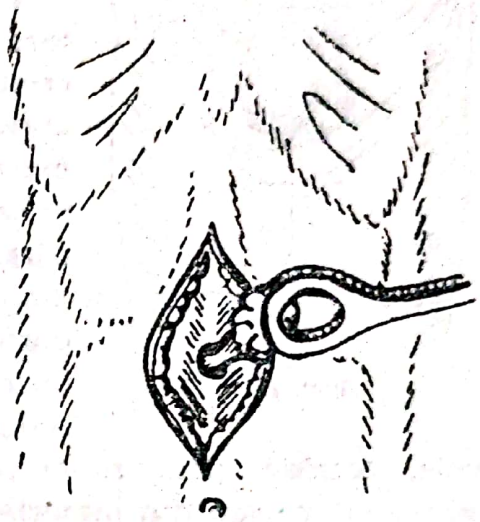


Fig. 109.

**HERNIE LOMBARĂ.** Sînt hernii produse prin cele două puncte slabe ale peretelui lombar: triunghiul lui L. J. Petit şi spaţiul lui Grynfelt. **Tratamentul este chirurgical,** rezecţia sacului şi refacerea peretelui.

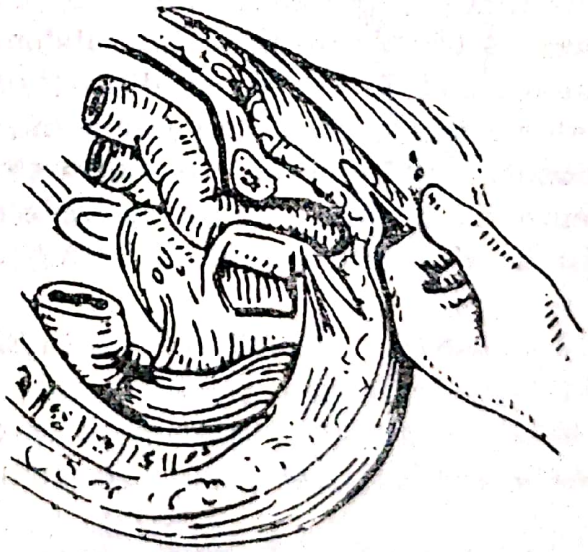


Fig. 110.

**HERNIE OBTURATORIE.** Este hernia care se produce prin canalul subpubian prin care trec vasele şi n. obturator. Are semne clinice necaracteristice, de aceea diagnosticul se precizează numai intraoperator (în 80% din cazuri). **Operaţia, care este singurul tratament,** se execută atunci cînd apare strangularea. Riscul este însemnat, pentru că avem de-a face cu bolnave în vîrstă, cu pierdere ponderală mare, la care ocluzia intestinală s-a prelungit cîteva zile, fără diagnostic

precizat. Se operează pe cale înaltă, abdominală, prin laparotomie subombilicală (fig. 110).

**HERNIE OMBILICALĂ.** Este hernia abdominală produsă la nivelul inelului ombilical. La copil, ea se poate trata **conservator** pînă la vîrsta de șase ani (bandaj cu periniță în dreptul ombilicului). La adult, hernia ombilicală este adesea voluminoasă și se întîlnește la persoanele în vîrstă cu tare viscerale (hipertensive, pulmonare cronice, obeze, cardiace, diabetice). De aceea, aici pregătirea preoperatorie are mare însemnătate și riscul este foarte grav în caz de strangulare. **Tratamentul este chirurgical.** Refacerea peretelui se face în plan transversal (sutura în plan vertical poate întîmpina dificultăți la apropierea buzelor plăgii), chiar dedublat după procedeul „în redingotă" al lui Mayo. La nevoie, inciziile aponevrotice „de relaxare" ne fac să evităm plastiile tegumentare sau din material plastic (fig. 111).

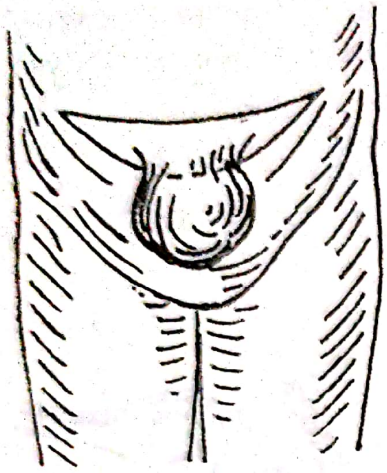


Fig. 111.

**HERNIE SIMPTOMATICĂ.** Formă etiologică specială de hernie strangulată. Strangularea există, realmente, dar ea a fost favorizată de prezența unei boli abdominale preexistente care a crescut brusc presiunea intraabdominală : o ocluzie intestinală mecanică sau un ileus paralitic (prin peritonită, pancreatită acută, infarct mezenteric, hemoragie intraperitoneală, chist de ovar torsionat). **Tratamentul este chirurgical** și boala abdominală coexistentă nu trebuie trecută cu vederea, rezolvarea ei în aceeași ședință avînd importanță maximă (trece pe primul plan).

**HERNIE VENTRALĂ LATERALĂ.** Este o hernie a liniei semilunare Spiegel, produsă acolo unde această linie întretaie arcada lui Douglas. **Tratamentul este chirurgical** și constă în extirparea sacului și refacerea peretelui în straturi anatomice.

**LAPARATOMIE EXPLORATORIE.** Este un mijloc de investigație și anume ultimul pe care un chirurg îl poate utiliza pentru a stabili un diagnostic în patologia abdominală. În majoritatea cazurilor se practică pentru a se pune un diagnostic de cancer, pe care celelalte procedee de investigație nu au putut să îl stabi-

Scanned with OKEN Scanner

lească (în acest caz, în primul rînd se explorează colonul). Mai rar, se execută atunci cînd există o îndoială asupra rupturii tubare, asupra unei hemoragii provenind dintr-un organ parenchimatos.

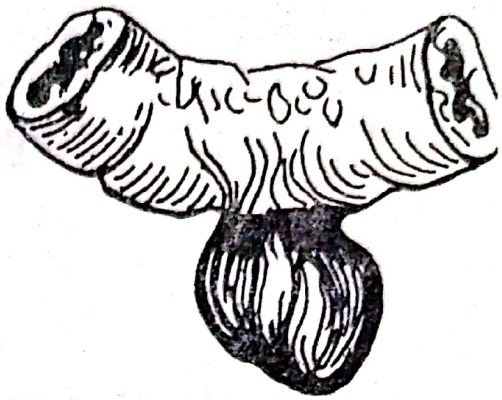


Fig. 112.

**LITTRÉ** (hernie). Hernie care conține în sac diverticulul lui Meckel (singur sau însoțit de ansa intestinală pe care se implantează). **Tratamentul este chirurgical,** cura herniei și diverticulectomie sau enterectomie segmentară (fig. 112).

**MAYDL** (hernie) (hernie „în W", strangulare retrogradă). Formă specială de strangulație, apare mai frecvent în hernia prin alunecare strangulată. În aceste cazuri hernia conține două anse de intestin aranjate în formă de W. Ansa centrală a W-ului stă liberă în abdomen și este strangulată, în timp ce cele două anse prezente în sac nu sînt alterate. **Tratamentul este chirurgical.** Este prudent să se adauge și o laparotomie, pentru a fi sigur că obstrucția a fost complet suprimată (fig. 113).

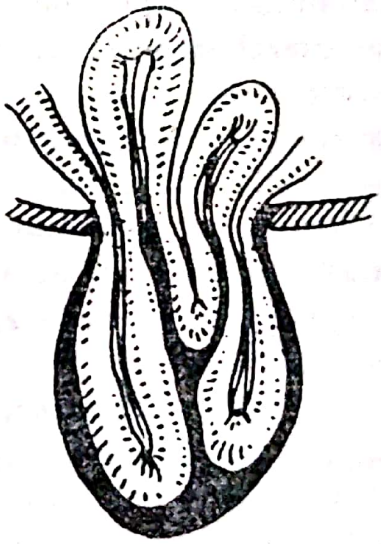


Fig. 113.

**OMFALOCEL.** Este o anomalie congenitală a peretelui abdominal anterior și, anume, un defect ombilical mare acoperit numai de membrană amniotică fetală și conținînd organe abdominale. Problema sa este absența acoperișului tegumentar și posibilitatea perforării mebranei cu peritonită consecutivă. **Tratamentul este numai chirurgical.** Uneori, în defecte foarte mari, se așteaptă și se favorizează apariția țesutului de granulație prin tratament conservator (pansamente antiseptice și spitalizare de durată), după care se operează pentru a reface defectul fascial rămas.

**RICHTER** (hernie). Forma particulară de hernie strangulată (mai ales femurală), caracterizată prin pensarea laterală a intestinului. Se tratează chirurgical, de urgență, pentru că evoluiază rapid către sfacelul peretelui intestinal.

Scanned with OKEN Scanner

# PERITONEU

**ABCES REZIDUAL.** Este o colecție intraperitoneală localizată de puroi, care apare fie după tratarea cu succes prin mijloace nechirurgicale a unei peritonite difuze, fie, mai frecvent, ca o complicație după operația pentru peritonită. În cazul că se suspectează o asemenea colecție, atunci este corect ca operația să fie amînată (excepție face abcesul subfrenic). Dacă se palpează, atunci se marchează pe piele limitele tumorii inflamatorii intraperitoneale și se urmărește conștiincios, zilnic, evoluția sa. Uneori, sub tratament antibiotic tumora devine tot mai mică și, final, nu se mai palpează. Alteori, dacă se așteaptă, abcesul devine aderent la peretele abdominal așa încît el poate fi incizat și drenat fără a se deschide cavitatea peritoneală generală.

**Tratamentul este chirurgical,** incizie și drenaj.

**ABCES SUBFRENIC.** Colecție situată între diafragm în sus, colonul transvers și mezocolon în jos. Poate fi primitivă, succedînd unei apendicite, unei colecistite acute perforate sau unui ulcer perforat. Secundar, se poate dezvolta după o intervenție chirurgicală. De remarcat că raportul între frecvența abceselor subfrenice primitive și secundare s-a schimbat net în favoarea ultimelor (astăzi 10% sînt primitive și 90% secundare) (fig. 114).

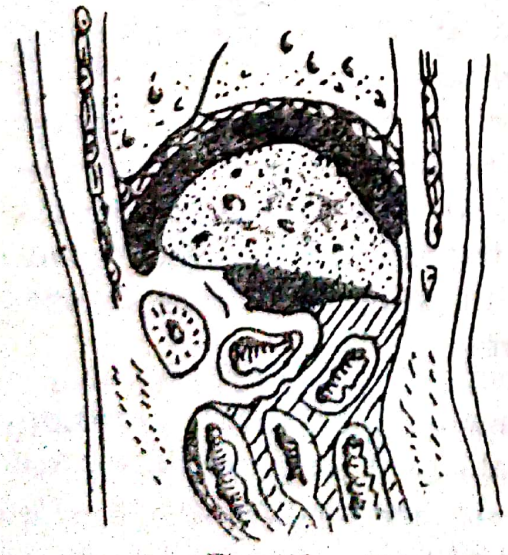


Fig. 114.

**Tratamentul este totdeauna chirurgical** și trebuie să urmărească mai multe obiective :



Scanned with OKEN Scanner

a) să golească colecția, să identifice sursa care l-a determinat (ulcer perforat neglijat, apendicită subhepatică etc.) și să trateze afecțiunea primară ;

b) să dreneze larg colecția a cărei topografie trebuie cît mai precis stabilită, iar calea de abord să fie cît mai directă ;

c) să izoleze intraoperator restul cavității peritoneale pentru a evita diseminarea intraoperatorie ;

d) să cerceteze lichidul purulent, efectuîndu-se testarea florei microbiene și antibiograma care va dirija antibioterapia. Pînă la obținerea acestor date, bolnavul va fi reanimat și i se vor administra antibiotice în doze mari cu spectru larg (ampicilină, gentamicină, cloramfenicol).

**ADERENȚE PERITONEALE.** Se încadrează în peritonitele cronice localizate (periviscerite), fiind mai rar primitive ca etiologie și mai des secundare : inflamatorii, traumatice (de regulă postoperatorii), excepțional congenitale.

**Tratamentul** este medical sau chirurgical în funcție de suferința și complicațiile pe care le generează.

**Tratamentul medical** constă în : combaterea tulburărilor de tranzit prin regim adecvat ; antispastice ; vaccinoterapie ; fizioterapie (ultraviolete, infraroșii) ; balneoterapie.

**Tratamentul chirurgical** constă în secțiunea bridelor și eliberarea viscerelor acolate (visceroliză). În cazul unor focare de infecție cu punct de plecare apendicular, colecistic sau anexial se face ablația lor.

În aderențe întinse, după eliberarea anselor intestinale se încearcă prevenirea aderențelor prin diverse metode : a) introducerea în peritoneu de soluții macromoleculare : macrodex ; b) inhibarea coagulării și prin aceasta a producerii de fibrină prin heparină intraperitoneal ; c) inhibarea procesului fibrinoplastic sau liza depozitelor de fibrină prin fibrinolitice : streptază, streptokinază, hialuronidază, corticoizi introduse intraperitoneal ; d) peritonizarea suprafețelor deperitonizate prin grefe pediculate de peritoneu sau de epiploon, grefe libere de peritoneu parietal, ligament falciform, epiploon precum și grefe de amnios conservat ; e) dirijarea procesului aderențial prin enteroplicatura intestinului subțire : operația Noble (suturi intestinale seromusculare pentru acolarea anselor deperitonizate) sau operația Child-Phillips (acolarea prin trei fire trecute prin mezenter, imediat sub inserția sa la intestin) (vezi „enteroptichie").

Scanned with OKEN Scanner

**AEROPERITONEU** (pneumoperitoneu). Este prezența aerului în cavitatea peritoneală creată în condiții patologice sau terapeutice.

În condiții patologice este semn de perforație digestivă mai ales gastroduodenală prin ulcer. Tratamentul chirurgical se adresează cauzei perforației (ulcer, ruptură de intestin).

În condiții terapeutice, aeroperitoneul s-a folosit în tratamentul tuberculozei peritoneale, actualmente depășit.

În prezent, pneumoperitoneul își menține **indicația** ca procedeu special preparator în cura marilor eventrații sau hernii „cu pierdere de domiciliu" (metoda Goni Moreno). Injecția de aer sub presiune ridică diafragmul, destinde peretele abdominal, **facilitînd** execuția tehnică a operațiilor și evitînd complicații postoperatorii de tip respirator care survin des la cei nepreparați astfel și la care se face o repunere cu sutură în tensiune.

**CHIST HIDATIC MEZENTERIC.** Localizare foarte rară a bolii hidatice, chistul hidatic se poate dezvolta de la început între foițele mezenterului, dar cel mai frecvent este vorba de chiste hidatice retroperitoneale care invadează secundar rădăcina mezenterului (chiste hidatice renale, pancreatice). **Tratamentul este numai chirurgical.** Abordul se face pe linia mediană. Modalitățile de tratament local depind de mai mulți factori : sediul formațiunii și mai ales conexiunile formațiunii chistice cu intestinul și cu pedicolul vascular mezenteric. În situația că formațiunea este bine individualizată, separată de intestin și la distanță suficientă de marile vase mezenterice se va practica chistectomie. După incizia uneia din foițele peritoneale într-o zonă avasculară se va enucleia formațiunea chistică după care se va peritoniza prin sutura celor două margini ale inciziei mezenterice.

Dacă formațiunea aderă de intestin, acesta de multe ori coafînd formațiunea tumorală sau se află implantată adînc în rădăcina mezenterului, se poate recurge la ablația în bloc a chistului cu intestinul și mezenterul aderent. Restabilirea continuității intestinale se face prin anastomoză termino-terminală. În cazurile în care chistul este foarte voluminos se poate recurge la chistotomie cu extragerea membranelor proligere și drenajul cavității chistice. Uneori este posibil ca să rezecăm o parte din chist și din cavitatea restantă. În timpul intervenției chirurgicale vor trebui respectate toate regulile chirurgiei chistului hidatic pentru a preveni diseminarea intraoperatorie, anume : izolarea riguroasă a cavității peri-

Scanned with OKEN Scanner

toneale ; omorîrea parazitului cu soluție salină hipertonă 20% (20 ml) sau soluție formol 2% introduse prin puncție în chist ; golirea conținutului chistului prin aspirație (nu este necesară în cazul enucleerii chistului sau în cazul ablației în bloc a mezenterului și intestinului adiacent chistului).

Chistele supurate se tratează prin chistotomie, extragerea membranelor proligere și drenajul cu tub (și meșe) al cavității chistice.

**COLEPERITONEU** (peritonită biliară). Revărsat biliar în cavitatea peritoneală provenind din căile biliare intra- sau extrahepatice. Se descriu două tipuri de peritonită biliară :

1. Peritonită biliară prin perforație consecutivă la : a) colecistită acută și angiocolecistită, coledocită cu sau fără litiază ; b) traumatisme ale căilor biliare ; c) peritonite biliare postoperatorii (intervenții pe căile biliare sau organe vecine) ; d) peritonite biliare după puncție — biopsie a ficatului sau colangiografie transparietală ; e) chist hidatic hepatic rupt în peritoneu.

2. Peritonite biliare fără perforație : transsudat biliar cu căi biliare aparent integre.

**Tratamentul chirurgical de urgență** se va adresa sursei de revărsare a bilei și constă, în general, în colecistectomie cu sau fără drenaj coledocian. Se va asigura libertatea căii biliare principale prin ablația calculilor, operații derivative sau sfincterotomie. În traumatismele căii biliare principale se practică intervenții reparatorii sau derivative.

În peritonitele biliare fără perforație se efectuează o intervenție decompresivă : colecistostomie ; în vezicule cu pereți modificați : colecistectomie cu drenaj transcistic.

În toate cazurile se va aspira conținutul bilios din peritoneu făcînd spălături cu soluție salină fiziologică și drenaj în focar.

Se aplică în continuare **măsuri generale medicale** de tratament al peritonitei : antibiotice (conform antibiogramei din bilă), asigurarea echilibrului hidroionic, vitaminoterapie.

**FIBROZĂ RETROPERITONEALĂ IDIOPATICĂ.** Este inflamația nespecifică și nesupurativă a țesutului adipos retroperitoneal, de cauză necunoscută, care produce simptome prin compresiunea progresivă a structurilor tubulare din spațiul retroperitoneal (ureter, aortă, artere și vene iliace, v. cavă inferioară). În stadiile inflamatorii precoce tratamentul recurge la steroizi pentru

Scanned with OKEN Scanner

a diminua producerea fibrozei și pentru a stăpîni reacția hiperimună, dacă există. În stadiile tardive este indicat **tratamentul chirurgical** pentru a suprima obstrucțiile tubulare care sînt cel mai des urinare, mai puțin des vasculare și, mai rar, intestinale (ureterolize, arteriolize, bypass-uri). Prognosticul este bun dacă s-a făcut acest tratament înainte de a se fi dezvoltat leziuni renale ireversibile prin uropatie obstructivă.

**FOWLER** (poziție). Poziție semișezîndă care folosește forța de gravitație pentru a favoriza adunarea lichidului purulent în pelvis. Este indicată în peritonită acută difuză, în primele 48 de ore de la internare. Dar, trebuie luate măsuri pentru a preveni flebotromboza, căci poziția Fowler favorizează staza venoasă în extremitățile inferioare. Prevenirea se face prin îngrijirile pe care le acordă asistenta medicală bolnavului plasat în poziție Fowler. Ea trebuie instruită în acest sens. Susținerea semiridicată a bolnavului este realizată prin cinci perne, dar patru ajung dacă există și un spătar la pat. Dintre toate pernele, aceea de sub ceafă este cea mai importantă pentru pacient. Ea trebuie să fie astfel aranjată încît să suporte ceafa fără nici un efort muscular (fig. 115).

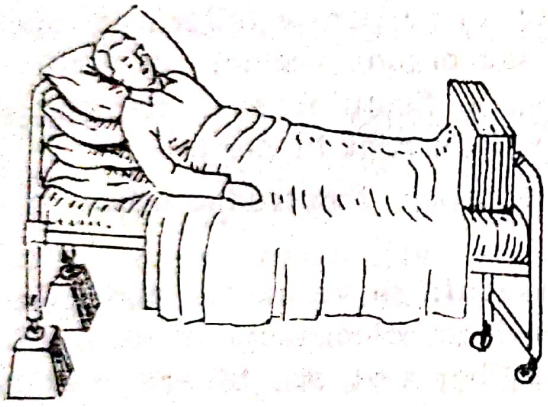
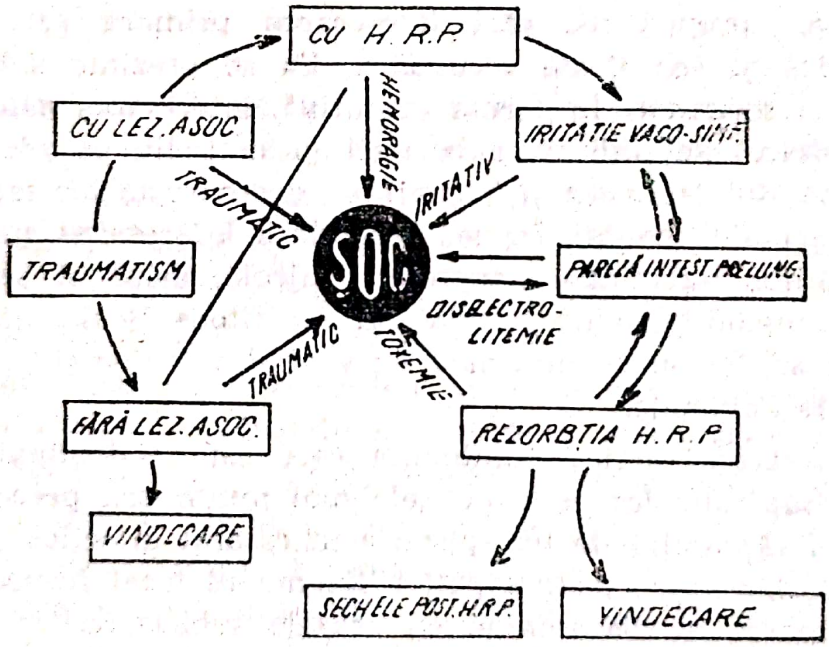


Fig. 115.

O problemă majoră e prevenirea alunecării în jos în pat și ea cere atenție din partea personalului îngrijitor. Se realizează satisfăcător cu ajutorul unei cutii de lemn pusă pe saltea la picioarele patului. O altă problemă este ridicarea capului patului. În poziția Fowler înaltă (45 cm) se plasează cuburi de lemn sub picioarele de la capul patului. În poziția Fowler joasă (15 cm) sînt folosite, de asemenea, cuburi de înălțime corespunzătoare. Poziția Fowler joasă sau înaltă este aleasă în concordanță cu forma peritonitei, difuză sau mai strict localizată. Poziția ridicată nu e necesară după 48 de ore și poziția joasă poate fi adesea abandonată după trei zile, cînd se presupune că s-au format aderențe localizatoare. Pacientul poate să stea, atunci, în poziția pe care o consideră el cea mai confortabilă, dar e de preferat poziția șezîndă, căci ea ușurează respirația, alimentația și cititul. Pentru

a preveni alunecarea în jos a bolnavului, piciorul patului poate în acest moment să fie ridicat pe blocuri de 10 sau 15 cm. Acest lucru are și avantajul de a ajuta întoarcerea venoasă de la membrele inferioare.

**HEMATOM RETROPERITONEAL.** Este, în majoritatea cazurilor, consecința unui traumatism ce interesează marile vase retroperitoneale sau/și ramurile acestora (aortă, v. cavă inferioară, vene iliace). Hemoragia retroperitoneală poate fi și spontană prin ruptura sau fisurarea unui anevrism al aortei abdominale, ruptura unei tumori renale sau suprarenale, precum și hematomul perirenal spontan (sindromul Wunderlich). **Tratamentul inițial,** de **reechilibrare volemică,** impune **intervenție chirurgicală** în caz de șoc hemoragic rezistent la tratamentul medical precum și în pre-




SCHEMA EVOLUȚIEI ȘOCULUI ÎN H.R.P

Fig. 116.

zența unor semne locale care indică creșterea și extinderea hematomului (fig. 116).

Intervenția va avea ca scop : a) evacuarea hematomului, prin incizia peritoneului parietal sau decolarea lui ; b) oprirea hemoragiei prin tamponament, în caz de hemoragie venoasă interesînd ramuri ale vaselor mari ; c) hemostază prin ligatură pentru ra-

murile arteriale, venele hipogastrice sau prin sutură vasculară simplă sau cu petic în ruptura vaselor mari (aorta, v. cavă inferioară.

**INFARCT EPIPLOIC.** Este necroza şi extravazarea hemoragică din marele epiploon apărute prin cauze neclare (de aici şi denumirea de infarct segmentar idiopatic „primitiv" al marelui epiploon). **Singurul tratament este cel chirurgical.** Tabloul clinic nu este patognomonic, dar sînt prezente semnele de abdomen acut. Nu se face diagnostic preoperator, diagnosticul obişnuit fiind apendicita acută şi ulcerul perforat. Operaţia constă în excizia porţiunii afectate a marelui epiploon. De obicei se face şi apendicectomie concomitentă. Pacienţii evoluează bine după operaţie.

**LIMFADENITĂ MEZENTERICĂ ACUTĂ.** Această suferinţă, ca şi ileita, reprezintă încă o patologie în precizare. Este o adenolimfoileită, propriu-zis, căci interesarea primară este adenomezenterică şi cea ileală secundară. Ea se prezintă sub aspect primitiv şi secundar. În forma primitivă, interesarea ganglionară este rezultatul acţiunii unor bacterii (pasteurella pseudotuberculozis — bacilul Malassez şi Vignal), a adenovirusurilor sau, foarte rar, a piogenilor banali. În cea secundară interesarea survine în cursul bolilor infecţioase generale : rujeolă, gripă şi scarlatină, mai rar amigdalită, febră tifoidă sau parazitoze. Boala interesează copilul şi adolescentul, mai ales, survenind sezonier şi, uneori, în mici focare epidemice.

Manifestarea clinică dominantă care este abdominală şi de tip pseudoapendicular este, de cele mai multe ori, precedată cu una—două săptămîni de un episod acut cataral infecţios (amigdalian, traheobronşitic, pneumopatic). Examenul local frapează prin sărăcia datelor în discordanţă cu acuzele subiective.

Examenul radiologic, cînd se face cu atenţie deosebită pe intestinul subţire, descoperă aspectul areolar polipoid, lacunar ovoid al ansei ileale terminale, pe o lungime de 8—15 cm, modificări care dispar după amendarea stării infecţioase, în următoarele două—trei săptămîni.

Tendinţa evolutivă este recidivantă şi, în mare majoritate a cazurilor spre vindecare, dar necesită o permanentă alertă putînd exista forme ce implică **tratamentul chirurgical** (ocluzive, invaginate, apendiculare, flegmonoase etc.) sau măsuri particulare (forme biliare, purpurice, lipotimice).

Scanned with OKEN Scanner

Altfel, se indică un regim de repaus la pat cu dietă hidrică și apoi de cruțare intestinală, antibiotice cu spectru larg, dezinfecție faringiană si, la cel mai mic indiciu de interesare a seroasei peritoneale, se intervine chirurgical, cînd se descoperă abia adevărata cauză a suferinței : ganglioni tumefiați, rozii, înconjurați de un peritoneu congestionat.

În fața unui apendice sănătos și a unei adenite mezenterice acute este justificată apendicectomia, ea neaducînd nici un risc suplimentar. Dimpotrivă, lăsarea apendicelui pe loc ar ridica probleme de diagnostic pentru orice sindrom dureros al fosei survenit ulterior.

Imediat postoperator este indicată antibioterapia penicilinică, mai ales dacă există și febră. Se pot administra, de asemenea, polidin, pyran precum și desinfectante bucofaringiene. Prognosticul este excelent.

**MEZENTERITĂ RETRACTILĂ.** Este o afecțiune caracterizată prin retracția mezenterului, aderențe și distorsiunea anselor intestinale. Se manifestă necaracteristic prin dureri abdominale recidivante, constipație și tumefacție nedureroasă în regiunea paraombilicală sau în fosa iliacă dreaptă. De aceea, diagnosticul este stabilit numai în momentul operației sau la autopsie.

**Nu are tratament satisfăcător.** În unele cazuri s-a făcut o tentativă de excizie a segmentului interesat. Totuși, aceasta ar necesita excizia întregului intestin subțire. În consecință, abținerea de la rezecție intestinală este mai indicată, mai ales că s-au comunicat încetarea treptată a simptomelor și regresia tumorii chiar numai după simpla laparotomie exploratorie. În acest caz, corticoizii și roentghenterapia după laparotomie exploratorie au ajutat ameliorarea simptomatică.

**PERITONITĂ ACUTĂ DIFUZĂ.** Este inflamația acută a seroasei peritoneale. Forma primitivă se întîlnește mai ales la copil și la sugar. Ea este o localizare peritoneală în cadrul unei septicopioemii cu focarul de origine situat la distanță : abces, otită, afecțiuni pulmonare (peritonită pneumococică, peritonită streptococică, peritonită gonococică). Forma secundară este cea mai frecventă și apare prin însămînțarea continuă a peritoneului pornind de la un focar intraabdominal (peritonită prin propagare și peritonită prin perforație).

Scanned with OKEN Scanner

Pulsul slab și tahicardic (în vecinătatea lui 140/min) și abdomenul timpanic ne arată că peritonita este difuză. În acest caz, interesele bolnavului sînt cel mai bine servite prin adoptarea unei atitudini conservatorii pentru 2—6 ore sau chiar mai mult, în care timp să nu precupeţim nici un efort pentru a-l aduce pe pacient în cea mai bună condiţie fizică. Elementele **tratamentului conservator** sînt următoarele : 1) Poziţia Fowler, dacă pulsul nu e prea slab. 2) Înscrierea pulsului din jumătate în jumătate de oră. 3) Aspiraţia gastrică. 4) Perfuzie de plasmă, urmată de perfuzie i.v. de glucoză și ser fiziologic. 5. Un analeptic periferic (dar numai după ce s-a atins o expansiune plasmatică adecvată). 6) Terapie antibiotică (în absenţa examenului cultural pot fi alese kanamicina, ampicilina, cloramfenicolul sau una din grupul tetraciclinelor, riscurile fiecărei fiind cîntărite în raport cu riscul peritonitei). 7) Transfuzie sanguină, de preferat cu sînge proaspăt, dacă Hb a scăzut sub 70%. 8) Hidrocortizon. Hormonii adrenocorticosteroizi și adrenocorticotrofici exercită un efect antiinflamator și o acţiune toxic-blocantă. Dozajul e similar cu acela admis în pancreatita acută. Adesea, ameliorarea este atît de mare încît există pericolul să se amîne operaţie. Rezultatul este că imediat ce hidrocortizonul e stopat, pacientul recade într-o stare mai rea decît aceea de dinainte de începerea tratamentului steroid. De aceea, această formă de terapie nu trebuie folosită niciodată în peritonită decît dacă te-ai decis să operezi. Cortizonul împiedică delimitarea procesului inflamator prin aderenţe.

În urma acestor măsuri, starea pacientului se poate ameliora. În acest caz, prindem momentul pentru a face un examen clinic mai amănunţit, în ideea de a preciza focarul primitiv, dacă avem vreo îndoială. Se cere o radiografie simplă a abdomenului, cu scopul de a demonstra prezenţa sau absenţa gazului sub diafragm. Dacă e posibil, se execută o amilazemie pentru a exclude pancreatita acută. În caz că există lichid liber în cavitatea peritoneală, se face o paracenteză diagnostică.

În cazul că starea pacientului a ajuns satisfăcătoare după acest tratament, **se ia decizia operaţiei.** Dacă sursa peritonitei este cunoscută, atunci incizia se face pe organul incriminat. Dacă originea e îndoielnică, atunci se începe prin incizie în fosa iliacă dreaptă. În caz că apendicele este inocent, se face o a doua incizie, localizată în funcţie de constatările intraabdominale. Astfel, un lichid pătat cu bilă indică ulcer perforat și incizie epigastrică. Un exudat mirositor poate veni de la un diverticul perforat al

Scanned with OKEN Scanner

sigmei şi incizia se face în fosa iliacă stîngă. Chiar prin incizia iniţială din fosa iliacă dreaptă ne putem informa asupra trompei drepte şi a diverticulului Meckel.

**Tratamentul postoperator** este tot atît de important ca şi operaţia însăşi. Imediat ce pulsul o permite, bolnavul e plasat în poziţie Fowler. Aspiraţia gastrică continuă cît timp se aspiră bila sau lichid intestinal. Reechilibrarea hidroelectrolitică e de prim ordin. Se va observa atent deficitul de sodiu care apare în urma vărsăturilor iniţiale sau a aspiraţiei gastrointestinale consecutive. Deficitul de potasiu e, de asemenea, frecvent. Se administrează vitamine, în special complex B şi C. Antibioticele produc deficit vitaminic, în special de complex B. Se dau sedative subcutanat, repetat la şase ore dacă e cazul (morfină, mialgin, algocalmin). Bolnavul e monitorizat în oarecare măsură. Se înscriu, grafic, pulsul la fiecare oră, temperatura la 4 ore. Nu mai puţin importantă este înscrierea intrări-ieşiri de lichide, care se va face pe tot timpul cît bolnavul primeşte lichide. Se vor înscrie grafic şi antibioticele date.

**PERITONITĂ TUBERCULOASĂ.** Se poate prezenta sub forme diferite : 1. Acută, care imită o apendicită acută, colecistită sau ileus, diagnosticul fiind pus adesea pe masa de operaţie. După una-două săptămîni apar semnele colecţiei lichidiene peritoneale. Survine în cadrul unei granulii generalizate. 2. Subacută, cel mai adesea pleuroperitonită (sindromul Fernet-Boulland) ; ascită în cantitate moderată. 3. Cronică (cea mai frecventă). Se prezintă sub aspecte clinice variate : a) forma ascitică pură (ascita „esenţială" a fetelor tinere) cu lichid serofibrinos ; b) formele cazeoase şi ulcerocazeoase apar la vîrstele adulte, cu evoluţie torpidă şi tendinţă sechelară (periviscerite, fistulizări) ; c) forma fibroadesivă, ce evoluează cu tabloul unei periviscerite.

În general, frecvenţa peritonitei tuberculoase a scăzut mult în ultimul timp graţie măsurilor de profilaxie activă a tuberculozei (inclusiv cu privire la bacilul tuberculos bovin) şi a tratamentului manifestărilor incipiente ale tuberculozei prin posibilităţile terapeutice actuale.

**Tratamentul medical** se axează pe :

1. **Măsuri terapeutice cu caracter general** : a) repaus la pat pînă la resorbţia ascitei, apoi un repaus relativ în convalescenţă timp de cîteva luni ; aerisirea camerei, eventual cură climatică ; b) alimentaţia substanţială, completă, adoptată dispepsiei digestive

existente. În faza acută febrilă se vor da lapte, glucide (sirop, dulciuri, jeleuri), sucuri de fructe și legume, biscuiți, pîine, paste făinoase. Se va reduce sarea. Se adaugă progresiv brînzeturi proaspete, unt, ouă moi, piureuri de legume, compoturi, carne slabă. Se vor evita celulozicele dure, leguminoasele, mîncarea grasă, condimentele.

2. **Tratamentul etiologic** se face cu două-trei tuberculostatice administrate timp de mai multe luni : streptomicina 1 g/zi, timp de 30 zile, apoi 1 g la două zile, timp de încă două luni ; hidrazida : 10 mg/kg corp, timp de șase luni, apoi tratament discontinuu, încă unu—doi ani ; PAS, se asociază la streptomicină sau HIN : se dă în perfuzii, soluție 5—10% (12—15 g/zi) timp de 15 zile apoi o perfuzie la două zile (total 30 perfuzii). În caz de rezistență terapeutică se poate recurge și la alte bacteriostatice : cicloserină, rifampicină, etionamidă.

3. **Tratamentul patogenetic,** care vizează procesele exsudative și proliferative, se efectuează cu prednison, doză de atac 40—60 mg/zi, ce se scade pînă la 20 mg/zi, doză ce se menține pînă la rezorbția exudatului și încă zece zile. Tot la zece zile se face stimularea cu ACTH 50 mg. Se adaugă vitaminoterapie : vitamina $C_{200}$ 3 comprimate/zi, electovit, vitamina A+D precum și anabolizante (naposim, madiol).

4. **Tratamentul simptomatic :** analgezice, antiemetice, combaterea constipației sau diareei.

5. **Fizioterapie :** actino- sau helioterapia sînt utile în faza de convalescență, în absența leziunilor pulmonare. În trecut, în formele ascitice se obțineau vindecări destul de rapide după laparotomie și expunerea abdomenului deschis la raze ultraviolete. Radioterapia este rezervată unor forme fibroadesive.

**Tratamentul chirurgical** este rar indicat, fiind rezervat accidentelor oclusive și formelor grave enteroperitoneale.

**ȘOC ENDOTOXINIC.** Este o insuficiență circulatorie acută, ce poate surveni în 50% din cazurile de septicemie cu bacili Gram-negativi (în special Escherichia coli, Pseudomonas, Klebsiella, Proteus) și apare frevent în infecțiile abdominale. Endotoxina acestor microbi (o substanță lipopolizaharidă cu efecte simpatomimetice) se revarsă în organism. Efectele sale se suprapun peste răspunsul obișnuit, simpatoadrenal, al organismului declanșat de baroreceptori cu ocazia căderilor tensionale. Această sumare de efecte simpatomimetice și simpatoadrenale stă la baza șocului endotoxinic.

Scanned with OKEN Scanner

**Tratamentul** este etiologic şi simptomatic. **Tratamentul etiologic**, care are rolul esenţial, este un tratament antiinfecţios. El cuprinde precizarea focarului responsabil de descărcările bacteriene şi suprimarea lui. Eradicarea focarului infecţios se face, în majoritatea cazurilor, printr-un act chirurgical. În paralel, se instituie o antibioterapie selectivă (rol complimentar) care va ţine seama de microbii izolaţi prin hemocultură nu de cei izolaţi din prelevări locale. În absenţa informaţiei bacteriologice se dau cloramfenicol şi streptomicină 2 g din fiecare, zilnic (acoperirea cea mai largă contra bacteriilor enterice Gram-negative şi a endotoxinelor lor). Se adaugă 500 mg tetraciclină la fiecare şase ore pentru pacienţii care nu au avut acest medicament înainte. Răspunsul la penicilină este slab.

**Tratamentul simptomatic** se adresează dezordinelor hemodinamice şi celor respiratorii. Dat fiind că hipovolemia joacă un rol fundamental în şocul endotoxinic (stocaj sanguin periferic), primul obiectiv va fi restabilirea unei volemii eficace (superioară volemiei teoretice a pacientului). Se dă sînge cînd Ht este sub 30% (transfuziile obţin o creştere imediată şi durabilă a masei sanguine). În rest, se preferă substanţele coloide de tipul gelatinei fluide (Haemaccel, Plasmagel, Plasmion) şi de tipul dextranilor (dextran 40, reomacrodex, dar cantitatea de dextran administrată pe 24 de ore nu trebuie să depăşească 500 ml, perfuziile excesive favorizînd insuficienţa renală acută). Soluţiile glucozate sau soluţiile electrolitice nu îşi au indicaţia aici decît în măsura în care trebuie corectate dezechilibre hidroelectrolitice. Această refacere volemică se controlează obligator prin controlul PVC care trebuie să rămînă în permanenţă sub 10 cm apă pentru a minimaliza riscul insuficienţei cardiace.

Un tratament tonicardiac se adaugă atunci cînd PVC este crescută (înseamnă că a scăzut competenţa cardiacă). Se administrează agenţi inotropi. Digitalicele injectabile au acum eficacitatea scăzută şi nu influenţează circulaţia periferică. Izoproterenolul este de preferat, el scade rezistenţele periferice şi creşte debitul cardiac. Dar, are şi inconveniente: creşte consumul de oxigen miocardic, dă tahicardie şi hiperexcitabilitate miocardică, iar vasodilataţia pe care o antrenează poate să nu fie utilă acum. Dopamina, precursor miocardic al norepinefrinei, pare să fie mai bună, creşte debitul cardiac fără a scădea toate rezistenţele periferice (produce vasoconstricţie cutanată şi musculară, în schimb vasodilataţie splanhnică şi, mai ales, renală). În plus, dopamina

Scanned with OKEN Scanner

nu creşte consumul de oxigen miocardic şi nu produce tulburări de ritm ca izoproterenolul.

Tratarea tulburărilor respiratorii concomitente comportă oxigenarea maximă a ţesuturilor (pentru că în şocul endotoxinic leziunile respiratorii antrenează, ades, o hipoxemie). Metodele de tratament sînt îmbogăţirea în oxigen a aerului inhalat şi ventilaţie asistată. Ventilaţia asistată are rolul de a diminua travaliul respirator care constituie o parte importantă a consumului de oxigen în şocurile grave.

**ŞOC PERITONITIC.** Este insuficienţa circulatorie acută cu volum extracelular redus (un şoc hipovolemic) ce însoţeşte frecvent peritonita acută difuză. Iritaţia chimică sau bacteriană a marei suprafeţe peritoneale (20 000 $cm^2$) produce pe aceeaşi distanţă un strat de edem inflamator subperitoneal cam de 2 mm grosime, ceea ce realizează o sechestrare de 4 000 $cm^3$ de lichid (0,2×20 000) pierduţi din spaţiul funcţional. La acest volum se adaugă lichidul sechestrat în cavitatea peritoneală liberă şi în lumenul intestinal (ileus paralitic). Cu aceşti 6—8 litri de apă se pierd şi electroliţi, în special NaCl, din spaţiul funcţional. Urmările sînt scăderea debitului cardiac/minut, şoc hipovolemic. Peste el se suprapune şocul endotoxinic, cînd peritonita este nu numai chimică (ulcer perforat), ci şi bacteriană (perforaţie de colon).

**Tratamentul trebuie să înceapă cu administrare de lichide.** Dacă pacientul este văzut precoce şi nu se află în şoc, atunci el poate fi menţinut la un regim lichidian simplu, similar cu acela folosit la pacientul ce a suferit o laporotomie. Dacă, însă, îl găsim în iminenţă de şoc (accelerarea pulsului, instabilitatea sistemului vasomotor) sau dacă este în şoc declarat atunci este necesară o administrare mai masivă de lichide. Un ghid simplu este formula următoare (J. H. Davis) = 2 ml/kg corp × 50. Deci, pentru un pacient de 70 kg cu semne evidente de hipovolemie marcată şi la care s-a făcut diagnosticul de peritonită bacteriană deficitul lichidian va fi calculat la 7 litri (2×70×50). Acest deficit va fi înlocuit sub formă de soluţie fiziologică sau, de preferat, soluţie fiziologică echilibrată (lactat Ringer) administrată în primele 24 de ore. Cel puţin 2—3 litri vor fi daţi rapid, pentru a uşura deficitul acut de volum. Se monitorizează semnele vitale, debitul urinar prin cateter vezical şi PVC. Acidoza metabolică, obişnuită în şoc, este tamponată cu soluţie bicarbonatată. Compensarea ei respiratorie este împiedicată de distensia intestinală ce limitează ventilaţia şi, de aceea, se instalează o aspiraţie nazogastrică.

Scanned with OKEN Scanner

De îndată ce terapia lichidiană a fost pornită, următoarea măsură este **administrarea de antibiotice.** Din cauză că peritonita este, de obicei, polimicrobiană, este obișnuit ca la început să folosim penicilină + streptomicină. Se administrează penicilină i. v. în doză de 1 200 000 u. în momentul internării și 1 milion u. la fiecare 6 ore printr-o perfuzie i. v. constantă. Streptomicina se dă în doze de ½ g i. m. de două ori pe zi. Mai tîrziu, se poate face antibioterapie selectivă.

Ambele terapii (lichidiană și antibiotică) au întîietate asupra **intervenției chirurgicale,** care, însă, este și ea o parte integrantă a tratamentului urgent al peritonitei. Dar, se operează pe un bolnav deșocat. Cînd starea hemodinamică s-a stabilizat și cînd s-a asigurat o acoperire antibiotică satisfăcătoare chirurgul trebuie să execute eradicarea focarului de infecție.

Dacă aceste măsuri nu sînt eficace, se mai pot lua în considerație **mijloace adjuvante.** Printre acestea se află hidrocortizonul în doze de 300 mg la fiecare 8 ore în perfuzie constantă. Tratamentul steroid este stopat la revenirea din șoc, rar fiind folosit mai mult de două zile. Unii apelează la metaraminol, agent vasopresor și îl folosesc pentru a menține presiunea arterială la aproximativ 20 mm Hg sub presiunea sistolică „normală" a pacientului.

**TORSIUNE.** Este o boală rară, caracterizată prin învîrtirea unui organ abdominal în jurul axului său longitudinal. Pentru intestin s-a păstrat termenul de volvulus. Afecțiunea este gravă pentru că implică strangularea irigației organului și gangrena ischemică consecutivă. Dar, dacă este recunoscută precoce și corectată chirurgical prompt, prognosticul e excelent. Problema este că un diagnostic preoperator corect rar se face, laparotomia exploratorie executîndu-se pentru abdomen acut. **În torsiunea de colecist** (fig. 117) se execută colecistectomie, deoarece marea majoritate a veziculelor biliare au devenit gangrenoase cînd s-a ajuns la deschiderea abdomenului. Vindecarea e simplă și depinde de mo-

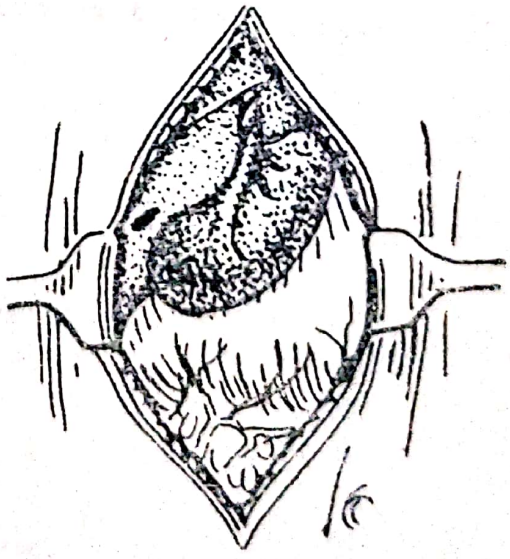


Fig. 117.

mentul intervenției și starea generală a bolnavului. Pericolul rezidă în întîrzierea operației pentru o perioadă mai lungă din cauză că se confundă torsiunea cu colecistita acută și se așteaptă o remisiune spontană. Dar, marea majoritate a deceselor au apărut la pacienții la care operația a fost întîrziată mai mult de două zile după debutul simptomelor. **În torsiunea de epiploon** se execută rezecția porțiunii afectate. Irigația colonului trebuie păstrată. Pentru profilaxie se recomandă rezecția epiploonului pedunculat cînd se întîlnește în cursul diferitelor laparotomii.

Scanned with OKEN Scanner

# CUPRINSUL


PREFAȚĂ . . . . . 5
**ESOFAG** . . . . . 7
ACHALAZIA ESOFAGULUI (Cardiospasm) . . . . 7
ATREZIE ESOFAGIANĂ . . . . . 8
BRACHIESOFAG (Esofag scurt) . . . . . 9
CANCER ESOFAGIAN . . . . . 10
CARDIOMIOTOMIE . . . . . 11
CARDIOPLASTIE . . . . . 11
CORP STRĂIN (în esofag, stomac, intestin, rect) . . 12
DISPHAGIA LUSORIA . . . . . 13
DIVERTICULI ESOFAGIENI . . . . . 13
ESOFAGITE . . . . . 14
ESOFAGOGASTRECTOMIE . . . . . 16
ESOFAGOMIOTOMIE . . . . . 17
ESOFAGOPLASTIE . . . . . 17
FUNDOPLICATURĂ . . . . . 18
HERNIE DIAFRAGMATICĂ . . . . . 18
HERNIE HIATALĂ ESOFAGIANĂ A DIAFRAGMULUI . . . . . 19
PERFORAȚIA ESOFAGULUI . . . . . 22
REFLUX GASTROESOFAGIAN . . . . . 22
STENOZĂ ESOFAGIANĂ . . . . . 23

**STOMAC-DUODEN** . . . . . 24
ACLORHIDRIE, ANACIDITATE, ACHILIE GASTRICĂ . . . . . 24
AGASTRIE . . . . . 26
ANSĂ AFERENTĂ (sindrom) . . . . . 27
ASPIRAȚIE GASTRICĂ . . . . . 29
BILLROTH I — PEAN (anastomoză) . . . . . 29




Scanned with OKEN Scanner

BILLROTH II (anastomoză) . . . . . 29
CANCER GASTRIC . . . . . 30
CIRCUIT VICIOS (stomac cu gastroenteroanastomoză) . . . . . 33
DEGASTROENTEROANASTOMOZĂ . . . . . 33
DILATAȚIE GASTRICĂ ACUTĂ (atonie gastrică, gastrectazie) . . . . . 34
DISPEPSIE . . . . . 36
DISPEPSIE GAZOASĂ . . . . . 37
DIVERTICULI DUODENALI . . . . . 40
DRAGSTEDT (operație) . . . . . 41
DUODENITĂ . . . . . 42
FISTULĂ GASTRICĂ . . . . . 45
FISTULĂ GASTROCOLICĂ . . . . . 46
FLEGMON GASTRIC . . . . . 47
FUNDUSECTOMIE (gastrectomie fundică) . . . . 47
GASTRECTOMIE . . . . . 48
GASTRITĂ ACUTĂ . . . . . 49
GASTRITĂ ACUTĂ COROSIVĂ . . . . . 51
GASTRITA BONTULUI GASTRIC RESTANT (stomită, gastrită alcalină postoperatorie de reflux) 51
GASTRITĂ CRONICĂ . . . . . 53
GASTRODUODENOSTOMIE . . . . . 57
GASTROJEJUNOSTOMIE . . . . . 57
GASTROILEOSTOMIE INADVERTENTĂ . . . . 57
GASTROPLEGIE . . . . . 58
GASTROSTOMIE . . . . . 58
GASTROTOMIE . . . . . 59
HEMATEMEZĂ . . . . . 59
HEMORAGIE DIGESTIVĂ SUPERIOARĂ (HDS) . 60
LAVAJ GASTRIC . . . . . 65
PERFORAȚIE GASTRICĂ . . . . . 65
PILOROMIOTOMIE FREDET-RAMSTEDT . . . . 66
PILOROPLASTIE . . . . . 67
PROLAPSUL MUCOASEI GASTRICE . . . . . 67
PTOZĂ VISCERALĂ (gastrică) . . . . . 68
POLIPOZĂ GASTRICĂ . . . . . 69
PROFILUL SECRETOR LA ULCEROȘI . . . . . 69
REFRIGERAȚIE GASTRICĂ (hipotermie gastrică) . 70
REZECȚIE GASTRICĂ . . . . . 70

Scanned with OKEN Scanner

SINDROM DE DENUTRIȚIE (CARENȚIAL) AL OPERATULUI DE STOMAC . . . . . 70
SINDROM DUMPING (postprandial precoce) și SINDROM HIPOGLICEMIC (postprandial tardiv) 73
SINDROM MALLORY-WEISS . . . . . 75
SINDROM POSTVAGOTOMIE . . . . . 76
SINDROM AL STOMACULUI MIC (microgastrie) . 77
STAZĂ DUODENALĂ . . . . . 78
STENOZĂ MEDIOGASTRICĂ . . . . . 80
STENOZĂ PILORICĂ (duodenală) . . . . . 80
STOMAC OPERAT (sindrom) . . . . . 81
TUMORI GASTRICE BENIGNE . . . . . 83
ULCERE CURLING . . . . . 84
ULCER GASTRODUODENAL . . . . . 84
ULCER PEPTIC JEJUNAL (postoperator, anastomotic) . . . . . 94
VAGOTOMIE . . . . . 95

INTESTIN SUBȚIRE . . . . . 96
ANASTOMOZĂ ÎN Y (ROUX) . . . . . 96
ANASTOMOZĂ ÎN OMEGA (MOYNIHAN) . . . . 96
ANASTOMOZĂ IZOPERISTALTICĂ . . . . . 97
ANASTOMOZĂ ANIZOPERISTALTICĂ . . . . . 97
ANSĂ OARBĂ (sindrom) . . . . . 97
APOPLEXIE ABDOMINALĂ . . . . . 99
ATREZIE SAU STENOZĂ CONGENITALĂ A JEJUNOILEONULUI . . . . . 99
BYPASS INTESTINAL . . . . . 100
CANCER DE INTESTIN SUBȚIRE . . . . . 101
CROHN (boală) . . . . . 101
DEFICIT DE LACTAZĂ (intoleranță față de lactoză) 101
DIVERTICUL MECKEL . . . . . 102
DUPLICAȚIA JEJUNOILEONULUI . . . . . 103
ENTERECTOMIE . . . . . 104
ENTEROANASTOMOZĂ . . . . . 105
ENTEROANASTOMOZĂ TERMINO-TERMINALĂ . 105
ENTEROANASTOMOZĂ LATERO-LATERALĂ . . 106
ENTEROANASTOMOZA TERMINO-LATERALĂ . . 107
ENTEROTOMIE . . . . . 107
ENTEROSTOMIE . . . . . 107
ENTEROPATIE CRONICĂ NESPECIFICĂ . . . . 108
ENTEROPATIE GLUTENICĂ . . . . . 110

Scanned with OKEN Scanner

ENTEROPEXIE (enteroptichie, enteroplicatură) . . . 111
ENTEROPLASTIE . . . . . 112
ENTERORAFIE . . . . . 113
ENTEROCOLITĂ STAFILOCOCICĂ POSTOPERATORIE . . . . . 114
ENTEROPLICATURĂ . . . . . 115
FISTULĂ INTESTINALĂ . . . . . 116
ILEITĂ (ileoadenolimfită) . . . . . 118
ILEITĂ TERMINALĂ (boala lui Crohn) . . . . . 118
ILEOSTOMIE . . . . . 121
ILEUS . . . . . 122
ILEUS BILIAR . . . . . 122
ILEUS PARALITIC . . . . . 123
INFARCT MEZENTERIC NEOCLUZIV . . . . . 124
INTESTIN SCURT (sindrom) . . . . . 124
INVAGINAŢIE INTESTINALĂ . . . . . 125
JEJUNITĂ POSTOPERATORIE . . . . . 126
JEJUNOSTOMIE . . . . . 126
LIPODISTROFIE INTESTINALĂ (boala Whiple) . . 127
MEMBRANE ANORMALE ALE INTESTINULUI . . 127
MALABSORBŢIE DIGESTIVĂ (sindrom) . . . . . 128
MALROTAŢIE INTESTINALĂ . . . . . 130
MEZENTER COMUN . . . . . 131
MILLER-ABBOTT (sondă) . . . . . 131
NOBLE (operaţie) . . . . . 132
OCLUZIE ACUTĂ A A. MEZENTERICE SUPERIOARE . . . . . 133
OCLUZIE INTESTINALĂ ACUTĂ (ileus) . . . . 134
PACEMAKER INTESTINAL (gastrointestinal) . . . 135
PERFORAŢIE INTESTINALĂ . . . . . 135
PARAZITOZE INTESTINALE . . . . . 137
PERIVISCERITE . . . . . 141
PLAGĂ INTESTINALĂ . . . . . 142
PEUTZ-JEGHERS (sindrom) . . . . . 142
REZECŢIE INTESTINALĂ . . . . . 142
SINDROAME VASCULARE ABDOMINALE . . . . 142
STENOZA A. MEZENTERICE SUPERIOARE . . . 143
ŞTRANGULARE INTESTINALĂ . . . . . 144
ŞOC INTESTINAL . . . . . 144
ŞOC OCLUZIV . . . . . 144
TROMBOZA A. MEZENTERICE INFERIOARE . . . 145

Scanned with OKEN Scanner

TROMBOZA V. MEZENTERICE SUPERIOARE . . . 146
TUBERCULOZĂ INTESTINALĂ . . . . . 146
TUMORI BENIGNE DE INTESTIN SUBȚIRE . . . 147
ULCER PRIMITIV AL INTESTINULUI SUBȚIRE (ulcerul simplu) . . . . . 148
VOLVULUS . . . . . 148

COLON, RECT, ANUS . . . . . 149
ACHALAZIE ANORECTALĂ (megacolon funcțional) . . . . . 149
ACTINOMICOZĂ (cec, intestin, rect) . . . . . 149
ADENOPATIE SATELITĂ . . . . . 149
AMPUTAȚIE DE RECT (A.R.) . . . . . 151
ANITĂ . . . . . 152
ANORECTITE . . . . . 153
ATREZIE ANORECTALĂ . . . . . 155
CEC MOBIL . . . . . 155
CECOPEXIE . . . . . 156
CECOPTOZĂ . . . . . 156
CECOSIGMOIDOSTOMIE . . . . . 156
CECOSTOMIE (tiflostomie, anus lateral drept) . . 157
COLECTOMIE . . . . . 157
COLITĂ ISCHEMICĂ . . . . . 159
COLITĂ ULCEROASĂ ȘI HEMORAGICĂ . . . . . 159
COLON IRITABIL (C.I.) . . . . . 160
COLOPEXIE . . . . . 163
COLORAFIE . . . . . 163
COLOSTOMIE (anus contra naturii) . . . . . 163
CONSTIPAȚIE CRONICĂ (constipația boală) . . . 165
DIAREE (sindrom) . . . . . 169
DIVERTICULII COLONULUI . . . . . 171
DOLICO- ȘI MEGACOLON . . . . . 173
DUKES (stadializarea cancerului de colon) . . . . 174
ELECTROCOAGULARE (pentru cancer rectal sau colic) . . . . . 175
EXTERIORIZARE COLICĂ . . . . . 175
FISURĂ ANALĂ . . . . . 176
FISTULĂ RECTOVAGINALĂ . . . . . 176
FISTULĂ RECTOVEZICALĂ . . . . . 177
FISTULĂ PERIANALĂ . . . . . 177
FISTULECTOMIE . . . . . 178

Scanned with OKEN Scanner

FISTULOTOMIE . . . . . 178
GOODSALL (regula lui) . . . . . 178
HEMICOLECTOMIE . . . . . 179
HEMOROIDECTOMIE . . . . . 179
HEMOROIZI . . . . . 180
HIRSCHIPRUNG (boală, magacolon congenital) . 181
ILEOCECOSTOMIE . . . . . 181
INCONTINENȚA ANALĂ . . . . . 182
LIMFOGRANULOMATOZĂ RECTALĂ . . . . . 182
PROCTITE (rectite) . . . . . 183
PROLAPS RECTAL . . . . . 184
PRURIT ANAL . . . . . 186
RECTITĂ . . . . . 187
RECTOCOLITĂ ULCEROHEMORAGICĂ . . . . . 188
RECTORAFIE . . . . . 190
RECTOSIGMOIDITE . . . . . 190
RECTOTOMIE . . . . . 191
REZECȚIE DE RECT . . . . . 191
RUPTURĂ DIASTATICĂ A COLONULUI . . . . . 192
SINUS PILONIDAL POSTANAL . . . . . 193
STRICTURĂ ANALĂ . . . . . 194
TUMORI ANALE . . . . . 194

APENDICE . . . . . 195
ABCES APENDICULAR . . . . . 195
APENDICECTOMIE . . . . . 195
BLOC APENDICULAR (plastron apendicular) . . . 196
EMPIEM APENDICULAR . . . . . 197
PERFORAȚIE APENDICULARĂ . . . . . 197

FICAT . . . . . 198
ABCES HEPATIC . . . . . 198
ASCITĂ . . . . . 199
BIOPSIE HEPATICĂ . . . . . 202
CATETERIZAREA VENEI OMBILICALE . . . . . 203
BUDD-CHIARI (sindrom) . . . . . 203
CHIST HIDATIC HEPATIC . . . . . 204
CIROZĂ HEPATICĂ . . . . . 206
COLESTAZĂ INTRAHEPATICĂ (C.I.H.) . . . . . 209
ECHINOCOCCOZĂ ALVEOLARĂ A FICATULUI . . 210
ECHINOCOCCOZA FICATULUI . . . . . 211

Scanned with OKEN Scanner

ENCEFALOPATIE HEPATICĂ POSTȘUNT . . . . 211
EXTRAPERITONIZARE HEPATICĂ . . . . . 211
HEPATITĂ ACUTĂ VIRALĂ . . . . . 212
HEPATITĂ CRONICĂ . . . . . 214
HEPATOM . . . . . 217
HEPATOPEXIE . . . . . 218
HIPERTENSIUNE PORTALĂ (sindrom) . . . . 218
INSUFICIENȚĂ HEPATICĂ (I.H.) . . . . . 220
MARSUPIALIZARE . . . . . 223
OMENTOPEXIE . . . . . 223
OMFALOCAVOANASTOMOZĂ . . . . . 224
SENGSTAKEN-BLAKEMORE (tubul) . . . . . 224
ȘUNTURI PORTOSISTEMICE . . . . . 225
STEATOZĂ HEPATICĂ . . . . . 226
TRANSPLANT HEPATIC . . . . . 228
TRAUMATISM HEPATIC . . . . . 229
VARICE ESOFAGOGASTRICE . . . . . 229

CĂI BILIARE . . . . . 231
ABCES BILIAR (colangită acută supurată) . . . . 231
ALOPLASTIE DE COLEDOC . . . . . 232
ANASTOMOZĂ BILIODIGESTIVĂ . . . . . 232
ANGIOCOLITĂ . . . . . 233
ATREZIE A CĂILOR BILIARE . . . . . 235
BLOC COLECISTIC . . . . . 236
CALOT (triunghiul hepaticocisticocistic) . . . . . 237
CANCERUL CĂILOR BILIARE EXTRAHEPATICE . 237
CANCER AL VEZICULEI BILIARE . . . . . 237
COLECIST SEPTAT . . . . . 238
CHIST DE COLEDOC . . . . . 238
COLECISTECTOMIE . . . . . 239
COLECISTITĂ ACUTĂ (C.A.) . . . . . 240
COLECISTITĂ CRONICĂ NECALCULOASĂ . . . . 243
COLECISTOSTOMIE . . . . . 248
COLECISTOZE . . . . . 248
COLEDOCODUODENOSTOMIE (C.D.) . . . . . 249
COLEDOCOLITIAZĂ . . . . . 250
COLEDOCOTOMIE EXPLORATORIE . . . . . 251
COLICĂ BILIARĂ . . . . . 252
DISKINEZII BILIARE (D.B.) . . . . . 253
DRENAJ KEHR . . . . . 262
FISTULE BILIARE . . . . . 263

Scanned with OKEN Scanner

HEMOBILIE . . . . . 264
HEPATICODUODENOSTOMIE . . . . . 264
HEPATICOJEUNOSTOMIE . . . . . 265
HIDROPS AL VEZICII BILIARE . . . . . 266
ICTER MECANIC . . . . . 266
JOHNSTON (drenaj) . . . . . 267
LITIAZĂ BILIARĂ (L.B.) . . . . . 267
PAPILITĂ STENOZANTĂ . . . . . 274
PERFORAȚIE COLECISTICĂ . . . . . 275
PIOCOLECIST (empiemul veziculei biliare) . . . . 275
POSTCOLECISTECTOMIE (sindrom) (S.P.C.) . . . 276
PRIBRAM (metodă pentru calcul restant în coledoc) 277
SFINCTEROTOMIE ODDIANĂ . . . . . 278
STRICTURI ALE CĂILOR BILIARE EXTRAHEPATICE . . . . . 279
THOREK (colecistectomie) . . . . . 280

PANCREAS . . . . . 281
ABCES PANCREATIC . . . . . 281
ADENOCHISTOM PANCREATIC . . . . . 281
ADENOM INSULAR LANGERHANS (hiperinsulinismul) . . . . . 281
CANCER DE AMPULA LUI VATER . . . . . 282
CANCER DE PANCREAS . . . . . 283
CHIST HIDATIC PANCREATIC . . . . . 283
CHISTOANASTOMOZĂ . . . . . 284
DUODENOPANCREATECTOMIE CEFALICĂ (operația lui Whipple) . . . . . 285
ENCEFALOPATIE ENZIMATICĂ . . . . . 286
FISTULĂ PANCREATICĂ . . . . . 286
NECROZĂ ACUTĂ A PANCREASULUI (pancreatită acută, apoplexie pancreatică, drama pancreatică a lui Dieulafoy) . . . . . 286
PANCREAS ABERANT (distopia pancreasului, țesut pancreatic heterotopic) . . . . . 288
PANCREAS INELAR . . . . . 289
PANCREATECTOMIE CAUDALĂ (splenopancreatectomie caudală) . . . . . 289
PANCREATECTOMIE TOTALĂ . . . . . 290
PANCREATITĂ ACUTĂ . . . . . 290
PANCREATITĂ CRONICĂ . . . . . 290

Scanned with OKEN Scanner

PANCREATOJEJUNOSTOMIE . . . . . 294
PSEUDOCHIST PANCREATIC . . . . . 295
PUESTOW (operație) (wirsungojejunostomie) . . . 295
TRANSPLANT DE PANCREAS . . . . . 296
TRAUMATISM PANCREATIC . . . . . 297
ZOLLINGER-ELLISON (sindrom) . . . . . 298

SPLINA . . . . . 300
ABCES SPLENIC . . . . . 300
CHIST HIDATIC SPLENIC . . . . . 300
ECTOPIE SPLENICĂ . . . . . 300
HEMANGIOM SPLENIC . . . . . 300
HEMATOM PERISPLENIC . . . . . 301
HIPERSPLENISM . . . . . 301
RUPTURĂ DE SPLINĂ . . . . . 301
SPLENECTOMIE . . . . . 302
SPLENOPEXIE . . . . . 302
SPLINĂ MOBILĂ (ectopică) . . . . . 303
TUMORĂ SPLENICĂ . . . . . 303

PERETE ABDOMINAL . . . . . 304
ADIPECTOMIE . . . . . 304
ADIPOCEL . . . . . 304
BUBONOCEL . . . . . 304
CICATRICE ABDOMINALĂ (hipertrofie, cheloid, osificare) . . . . . 305
CISTOENTEROCEL HERNIAR . . . . . 306
DIASTAZĂ A DREPȚILOR ABDOMINALI . . . . 306
ELITROCEL . . . . . 307
EPIPLOCEL . . . . . 307
EVENTRAȚIE . . . . . 307
EVISCERAȚIE . . . . . 308
HEDROCEL . . . . . 308
HERNIE ABDOMINALĂ EXTERNĂ . . . . . 309
HERNIE ABDOMINALĂ INTERNĂ . . . . . 309
HERNIE FEMURALĂ . . . . . 310
HERNIE INGHINALĂ . . . . . 310
HERNIE A LINIEI ALBE . . . . . 311
HERNIE LOMBARĂ . . . . . 311
HERNIE OBTURATORIE . . . . . 311
HERNIE OMBILICALĂ . . . . . 312



Scanned with OKEN Scanner

HERNIE SIMPTOMATICĂ . . . . . 312
HERNIE VENTRALĂ LATERALĂ . . . . . 312
LAPAROTOMIE EXPLORATORIE . . . . . 312
LITTRÉ (hernie) . . . . . 313
MAYDL (hernie) (hernie „în W", strangulare retrogradă) . . . . . 313
OMFALOCEL . . . . . 313
RICHTER (hernie) . . . . . 313

PERITONEU . . . . . 314
ABCES REZIDUAL . . . . . 314
ABCES SUBFRENIC . . . . . 314
ADERENȚE PERITONEALE . . . . . 315
AEROPERITONEU (pneumoperitoneu) . . . . . 316
CHIST HIDATIC MEZENTERIC . . . . . 316
COLEPERITONEU (peritonită biliară) . . . . . 317
FIBROZĂ RETROPERITONEALĂ IDIOPATICĂ . . . 317
FOWLER (poziție) . . . . . 318
HEMATOM RETROPERITONEAL . . . . . 319
INFARCT EPIPLOIC . . . . . 320
LIMFADENITĂ MEZENTERICĂ ACUTĂ . . . . . 320
MEZENTERITĂ RETRACTILĂ . . . . . 321
PERITONITĂ ACUTĂ DIFUZĂ . . . . . 321
PERITONITĂ TUBERCULOASĂ . . . . . 323
ȘOC ENDOTOXINIC . . . . . 324
ȘOC PERITONITIC . . . . . 326
TORSIUNE . . . . . 327

Scanned with OKEN Scanner

Redactor : ION ILIN
Tehnoredactor : IOAN I. IANCU

Bun de tipar : 15.III.1978. Apărut : 1978.
Coli tipar : 21,25. Tiraj : 24 000+100.

Întreprinderea poligrafică „Banat"
Timișoara, Calea Aradului nr. 1.
Comanda nr. 234.

Scanned with OKEN Scanner